

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1958

NO
306

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

présentée et soutenue publiquement le

par

MARCEL-YVES, CHARLES POIROT

Né le 22 Août 1922, à Laval (Mayenne)

LE DIAGNOSTIC DES APPENDICITES CHRONIQUES
à propos d'un signe radiologique d'appendicite chronique :
spasme côlique par pression sur l'appendice

Président : M. LEMAIRE, Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1958

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

présentée et soutenue publiquement le

par



MARCEL-YVES, CHARLES POIROT

Né le 22 Août 1922, à Laval (Mayenne)

LE DIAGNOSTIC DES APPENDICITES CHRONIQUES

à propos d'un signe radiologique d'appendicite chronique :

spasme côlique par pression sur l'appendice

Président : M. LEMAIRE, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556007_0008

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.),
CARNOT (P.), CHABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVASSU (M.), DEBRE (R.)
DELBET (P.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN
(E.), HARVIER (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.),
LEVY-SOLAL (E.), LHERMITTE (J.), LIAN (C.), LOEPER (M.) MARION
(G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MULON (P.),
OLIVIER (E.) RICHET (Ch.), SANNIE (Ch.), SEZARY (A.), TANON (L.),
VELTER (E.)

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR Joan VERNE

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique.....	DELARUE (A.)
Bactériologie.....	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale.....	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports.....	CHAILLEY-BERT(P.)
Biologie Médicale.....	FAUVERT (R.)
Cancérologie Médicale et Sociale.....	BERNARD (J.)
Clinique de Cardiologie.....	MOUQUIN (M.)
(Baujon	SICARD (A.)
Cliniques) COCHIN.....	QUENU (J.)
Chirurgicales (Hôtel-Dieu.....	MENEGAUX (G.)
) Salpêtrière.....	MOULONGUET(P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio vasculaire.....	De GAUDART-D'ALLAINES(F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire.....	MONOD (R.)
Clinique gynécologique.....	FUNCK-BRENTANO(P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants.....	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses.....	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques.....	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang.....	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)

Cliniques (Bichat.....JUSTIN-BESANCON (L.)
 Médicales) Broussais..... DE GENNES (L.)
 (Cochin.....MOREAU (R.)
) Hôtel-Dieu.....BARIETY (M.)
 Clinique médicale d'hydro-clima-
 tologie thérapeutiqueDEBRAY (C.)
 Clinique Médicale propédeutique.....PASTEUR VALLERY-RADOT(L.)
 Clinique Médico-sociale du diabète
 sucré et des maladies de la
 nutritionBOULIN (R.)
 Clinique de neuro-chirurgiePETIT-DUTAILLIS (D.)
 Cliniques (Baudelocque.....LACOMTE (M.)
 obstétricales (PORT-ROYALVARANGOT (J.)
 clinique d'obstétrique et de
 gynécologieLANTUEJOUL (P.)
 Clinique ophtalmologiqueRENARD (G.)
 Clinique oto-rhino-laryngologique.....AUBIN (A.)
 Clinique pneumo-phthisiologie.....BERNARD (E.)
 Clinique psychiatrique infantile.....HEUYER (C.)
 Clinique de puéricultureLELONG (M.)
 Clinique rhumatologique médicale
 et socialeCOSTE (F.)
 Clinique stomatologiqueDECHAUME (M.)
 Clinique thérapeutique chirurgicale.....SENEQUE (J.)
 Clinique thérapeutique médicaleLEMAIRE (A.)
 Clinique urologiqueFEY(B.)
 EmbryologieGIROUD (A.)
 Génétique MédicaleLAMY(M.)
 Histoire de la Médecine et de
 la chirurgieSOULIE (P.)
 Histologie.....VERNE (J.)
 Hygiène et Clinique de première enfance...TURPIN (R.)
 Hygiène et Médecine PréventiveJOANNON (C.)
 Médecine légalePIEDELIEVRE (R.)
 Médecine du TravailDESOILLE (H.)
 Parasitologie et histoire naturelle
 médicaleGAILLIARD (H.)
 Pathologie chirurgicaleCOUVELAIRE (R.)
 Pathologie exotiqueLAVIER (G.)
 Pathologie expérimentale et comparéeLENEGRE (J.)
 Pathologie humorale et immunologie
 expérimentale (chaire à titre
 personnel).....MERKLIN (F.)
 Pathologie médicaleDECOURT (J.)
 Pathologie et thérapeutique générales...GARCIN (J.)
 Pédiatrie SocialeMARIE (J.)
 Pharmacologie et matière médicale.....HAZARD (R.)
 Physico-chimie médicale (Chaire à titre
 personnel).....DOGNON (A.)
 Physiologie.....BINET (L.)
 Physique médicaleSTROHL (A.)
 Radiologie médicaleDESGREZ (H.)
 Technique chirurgicale.....PATEL (J.)
 ThérapeutiqueBROUET (G.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

III.

Anatomie	(DELMAS (A.) Pr.s.Ch.	Ophthalmologie :	(BREGEAT (P.)
	)CABROL (C.)		(DESVIGNES (P.)
	(DEBEYRE (J.)		
	)OLIVIER (G.)	Orthopédie :	JUDET (R.)
anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.)	Oto-rhino-	(AUBRY (M.)
	)pr.s.ch.	laryngologie :	(MADURO (R.)
	(BUSSET (F.)		
Bactériologie	)GOUYGOU (Ch.)	Parasitologie :	(BRUMPT (L.C.)
	(NEVOT (A.) pr.s.ch.		(CHABAUD (A.)
	(CHRISTOL (D.)		(ABOULKER (P.)
Biochimie Médicale	(ETTORI (J.) pr.s.ch.	Pathologie	)BARCAT (J.)
	)DESGREZ (P.)	chirurgicale	(BAUMANN (J.)
	(POLONOVSKI (J.)		)CAUCHOIX (J.)
	)SCHAPIRA (R.)		(DUBOST (C.)
Biologie Médicale			)FAUREL (J.)
	BOURLIERE (F.)		(FLABEAU (F.)
Dermato-Sy- philigraphie	DUPERRAT (F.)	Pathologie	)GERMAIN (A.)
		chirurgicale	(GOSSET (J.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)		)LAURENCE (G.)
			(LORTAT-JACOB (J.)
Histologie	(COUJARD (R.)		)MATHEY (J.)
	)N...		(OLIVIER (Cl.)
	(N...		)POILLEUX (F.)
Hydrologie	CORNET (A.)		(THOMERET (G.)
			)VERNE (J.M.)
Hygiène	(BOYER (J.) pr.s.ch.	Pathologie	(LOEPER (J.)
	(DEPARIS (M.) pr.s.ch.	expérimentale	(MAURICE (P.)
Maladies in- fectieuses			(POUDIN (G.)
	BASTIN (R.)		)BOUVIER (J.B.)
Médecine Légale	(DEROBERT (L.) pr.s.ch.		(BRICAIRE (H.)
	)GAULTIER (M.)		)BRISSAUD (H.)
	(HADENGUE (A.)		(JASTAIGNE (P.)
			)CONTE (M.)
Médecine du Travail			(DEROT (M.)
	ALBAHARY (C.)	Pathologie Médicale.	)DOMART (A.)
Neuro-chirurg.	DAVID (M.)		(LAMOTTE (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)		)LAROCHÉ (C.P.)
			(MACREZ (C.)
Obstétrique	(GRASSET (J.)		)MILLIEZ (P.)
	)LE LORIER (G.)		(PEQUIGNOT (H.)
	(LEPAGE (F.)		)PERRAULT (M.)
	)MERGER (R.)		(RAMBERT (P.)
	(MORIN (P.)		)ROYER (P.)
	)RAVINA (J.)		(THIEFFRY (St.)
	(ROBEY (M.)		)TURIAF (J.)
			(WOLFROMM (R.)
			)N...

Pédiatrie (JOSEPH (N.)
) MOZZICOMACCI (P.)
 (POLOHOVSKI (Cl.)

Pharmacologie (CHEYMOL(J.) pr.s.ch.
 (LEVY (Mlle) pr.s.ch.

Physiologie (BARJFETON(D.)pr.s.ch.
) PARROT (J.) pr.s.ch.
 (DEJOURS (P.)

Physique (DJOUBNO (A.)pr.s.ch.
 médicale (GOUGEROT (L.)

Pncumo-
 Phtisiologie KREIS (B.)

Psychiatrie PICHOT (P.)

Psychiatrie
 Infantile MICHAUX (L.)

Rhumatologie DELBARRE (F.)

Stomatologie (CERNEA (P.)
 (CHAPUT (Mme A.)

Thérapeutique CHASSAGNE (P.)

Urologie KUSS (R.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE et AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

Mr.

Clinique chirurgicale	(AMELINE (A.)	Clinique neurologique	DE SEZE (S.)
	)HUGUIER (J.)	Clinique Obstétricale	MAYER (M.)
	(LEGER (L.)	Clinique Ophtalmologique	OFFRET (G.)
	)PADOVANI (P.	Clinique pédiatrique	LAPLANE (P.)
Clinique médicale.	(BOUX (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
	(DREYFUS (Gilbert)		
	)HAGUENAU(J.)pr.s.ch.		
	(KOURILSKY (R.)		
	)MARCHAL (G.)		

Secrétaire Général de la Faculté M. MOREL (J.)

Secrétaire Mlle CHANTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction M.le Docteur HAHN (A.)

Conservateur Mlle GOICHON (A.)

Bibliothécaires Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.)
 LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A MON FRERE ET A MA SOEUR

A JULIETTE POUR LE PASSE ET POUR L'AVENIR

A Madame DE MARTONNE

A MES AMIS FRANCAIS ET MAROCAINS

A Monsieur le Professeur André LEMAIRE

Professeur de Clinique Thérapeutique Médicale

à la Faculté de Médecine de Paris,

Commandeur de la Légion d'Honneur,

qui nous apporta l'appui inestimable de sa haute
autorité et de sa parfaite bienveillance.

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine et des
Hôpitaux de PARIS

A Monsieur le Professeur Christian CHAMPY
Professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris
Ancien doyen de la Faculté de Médecine de SAIGON
Membre de l'Institut,
dont la bienveillante intervention influa sur toute notre
carrière.

A Monsieur le Docteur Charles FRAIN
Médecin Electroradiologiste des Hôpitaux de Paris
qui nous accueillit et nous guida dans son service de
l'Hôpital Brocca.

A Monsieur le Docteur Pierre PORCHER
Médecin Electroradiologiste des Hôpitaux de Paris,
dont l'enseignement nous marqua si profondément.

A Monsieur le Docteur Roger CATTAN
Médecin des Hôpitaux de Paris,
qui nous apporta l'appui précieux de ses encouragements
et fût pour nous un guide toujours sûr.

A Monsieur le Docteur Henri FOURNIER
Médecin-Chef du Centre BERGONIE D'Electro-diagnostic
et du Cancer du Maroc qui fût pour son interne,
un Maître et un Père.

A Monsieur le Docteur Marcel POIROT
Médecin Chef du Service de Radiologie de
la Clinique de la Maternité de Metz
notre Père; qui nous a fourni la matière de cette thèse
Son influence y est sans cesse perceptible, et ses travaux
furent notre base.

- I -

PREMIERE PARTIE
=====

C H A P I T R E U N

INTRODUCTION

CHAPITRE I

INTRODUCTION

La persistance de troubles cœliques ou typhlo-cœliques après les opérations d'appendicite chronique a posé la question des rapports de l'appendicite chronique avec la typhlo-cœlite.

La typhlo-cœlite est-elle la cause de l'appendicite chronique ou existe-t-il deux affections indépendantes ?

ANTOINE et DE MARTEL (Les appendicites chroniques : p-9) estiment qu'il s'agit là d'un problème théorique, à la vérité impossible à trancher rétrospectivement, puisque les deux solutions sont soutenables et qu'elles ont paru à peu près aussi fréquentes l'une que l'autre dans leur pratique.

Mais c'est justement en pratique courante que le problème présente de l'intérêt : c'est autour de lui que se produit la lutte périodique entre les médecins qui veulent opérer dans tous les cas (Jean-Louis FAURE par ex.) et ceux qui s'y opposent (Marcel BRULÉ) en alléguant la persistance des troubles douloureux cœlitiques après l'opération.

Pour comprendre l'état actuel de la question, il est nécessaire de présenter un bref historique des controverses nombreuses qui ont eu lieu à ce sujet.

A) HISTORIQUE DE LA NOTION D'APPENDICITE

Premières observations:

L'histoire clinique de l'appendicite ne remonte pas à plus d'un siècle, car elle resta longtemps confondue avec la typhlite et la pérityphlite.

C'est MELLER (1827) qui relata les six premières observations d'inflammation de l'appendice iléo-cœcal : il mit en évidence le rôle des lésions appendiculaires dans la genèse du phlegmon de la fosse iliaque droite et fit entrevoir l'utilité de l'opération. Mais ses observations demeurèrent sans portée et l'inflammation de l'appendice resta confondue avec la typhlite due à la stase stercorale et sa conséquence : la pérityphlite.

Par la suite, MALESPINE en 1841, DUPLAY etc.- entrevoient le rôle important de l'appendice, mais ce rôle ne commence vraiment à être mis en évidence que par TALAMON (1882) et surtout, quelques années plus tard par DIEULAFOY.

La notion d'appendicite :

C'est DIEULAFOY qui établit dans ses Cliniques la notion d'appendicite aiguë et cette notion ne va pas tarder à envahir la pathologie abdominale.

Les chirurgiens américains REGINALD-FITZ, MAC BURNAY etc. - vont vulgariser la nécessité du traitement chirurgical que SCHWARTZ (1891) - JALAGUIER-PONCET et JABOULAY introduisent en France.

Désormais, les travaux vont se multiplier, précisant les signes cliniques, les indications opératoires avec WALTHER, Auguste BROCA, SIREDEY, LETULLE, RECLUS et ROUX .

L'intervention précoce est préconisée par HARTMANN - GOSSET - TEMOIN.

Parallèlement à la notion d'appendicite aiguë, DIEULAFOY et FAISANS répandent celle de l'appendicite chronique et de ses diverses manifestations qui ne va pas tarder à envahir la pathologie des cas chroniques, comme l'appendicite aiguë avait envahi antérieurement celle des cas d'urgence.

Déclin de la notion d'appendicite chronique :

Entre 1900 et 1910, la notion d'appendicite arrive à sa période d'extension maximum : tous les états aigus ou chroniques de la fosse iliaque droite sont qualifiés appendicite et justiciables de l'appendicectomie, soit à froid - soit à chaud.

Du monde médical cette notion s'est répandue dans le public ; désormais, c'est le malade lui-même qui réclame cet acte opératoire à la mode.

Puis, vint la période de réaction : en effet, on s'aperçoit vite qu'il ne suffit pas d'enlever l'appendicé pour faire disparaître tous les troubles abdominaux attribués à l'appendicite.

On cherche d'abord à dépister les lésions des organes voisins (vésicule biliaire - estomac - rein droit - annexes) susceptibles de coexister avec l'appendicite et pour le reste on accusa la cœlite qui était également à la mode en pathologie médicale à ce moment.

Puis les chirurgiens découvrirent l'existence d'adhérences péritonéales entre les divers segments de l'intestin - puis des épiploïtes.

Les médecins isolèrent divers troubles fonctionnels intestinaux : entéro-cœlite muco-membraneuse, stase cœlique droite et enfin colotyphlites droites.

L'entéro-cœlite muco-membraneuse :

Ce fut à partir de 1883 que Gormain SEE puis POTAIN en 1897, Gaston LYON, FROUSSARD tous deux en 1900, isolèrent ce syndrome.

En 1897, de longues discussions occupent l'Académie de Médecine à propos des rapports entre l'appendicite et l'entérite muco-membraneuse.

DIEULAFOY insiste sur les erreurs de diagnostic entre ces deux syndrômes : il désigne ces fausses appendicites sous le nom de typhlocœlites.

Ce sont les médecins des stations thermales de PLOMBIERES et de CHATELGUYON qui, devant la persistance des troubles douloureux après l'appendicectomie, ont commencé la discussion sur les rapports de l'appendicite chronique et de l'entéro-cœlite qui se poursuit encore actuellement sous des formes diverses.

Nous allons essayer de résumer ces polémiques successives, éparses dans tant de publications - et qui nous paraissent "dépassées" suivant un terme actuellement très employé au sujet d'autres controverses.

La première question qui se posa fut celle des origines respectives de l'appendicite chronique et de l'entéro-cœlite.

Appendicite et entéro-côlite :

L'entéro-côlite provoque-t-elle l'appendicite ?

A la théorie de DIEULAFOY du vaso clos attaquée à partir de 1896 par RECLUS, TUFFIER, PONCET, ces derniers opposent l'existence d'une infection préalable de la muqueuse intestinale.

En 1897, reprise de la discussion : DIEULAFOY nie l'existence d'un lien quelconque entre l'appendicite et l'entéro-côlite.

Depuis cette époque la controverse se poursuit. Tout d'abord, les auteurs ont cherché à rassembler les observations d'appendicite coïncidant avec l'entéro-côlite.

Les médecins de PLOMBIERES publient les statistiques établissant que l'appendicite est très peu fréquente chez leurs entéro-côlitiques. Par exemple, DE LANGENHAGEN note que sur 1.200 malades atteints d'entéro-côlite, 16 seulement ont été opérés pour appendicite et que dans deux cas seulement, l'opération a fait disparaître les troubles.

BERNARD, sur 1.100 entéro-côlites n'a que 76 appendicites caractérisées par une crise typique et seulement quelques cas d'opération.

DIEULAFOY à la suite de ces statistiques, nie tout rapport possible entre les deux affections : il proteste vivement contre l'erreur de diagnostic qui fait opérer les entéro-côlitiques et crée pour eux cette image typique : "les balafres de PLOMBIERES et de CHATELGUYON", expression qui a suscité depuis tant de controverses.

La question a été bien résumée par GUILLAUME (p.78) qui se demande si l'appendicite vraie est subordonnée à l'existence de lésions antérieures ou s'il y a coexistence de deux affections : appendicite chronique d'une part et lésions intestinales d'autre part.

La première hypothèse a été surtout défendue par COMBY. Celui-ci admettait que l'appendicite est une simple séquelle de toutes les infections intestinales et surtout de l'entéro-côlite muco-membraneuse.

Eux-aussi, MONOD et VANVERTS tendaient à admettre que l'appendicite résulte de la propagation d'une inflammation intestinale antérieure : entéro-côlite muqueuse ou membraneuse.

GUILLAUME par contre tend vers la deuxième hypothèse : coexistence de deux groupes d'affections :

- Etats typhlo-côlitiques d'une part
- Etats appendiculaires d'autre part.

Il admet cependant qu'au cours de l'entéro-côlite (étant prise dans son extension la plus large) - l'appendice puisse réagir comme tout le reste de l'intestin.

Il y aurait donc des états d'entéro-côlo-appendicite, et d'autre part, inversement, l'appendicite provoquerait des troubles intestinaux pseudo-côlitiques (constipation - diarrhée).

Enfin, l'appendicite chronique, comme toute épine irritative, provoquerait un état vagotonique, qui disparaît après l'intervention.

En conclusion, GUILLAUME admet : "qu'appendicite et entéro-côlite sont bien deux affections indépendantes l'une de l'autre et évoluent chacune pour leur propre compte".

Appendicite et Helminthiase :

On a voulu également faire jouer à l'helminthiase, un rôle dans les séquelles d'appendicectomie.

L'appendicite ne serait-elle pas en relation avec une parasitose, qui persisterait après l'opération ?

GUILLAUME n'admet qu'un rapport de coïncidence entre ces deux affections.

Appendicite et constipation :

On rechercha également du côté des troubles fonctionnels du côlon, la cause des troubles post-opératoires.

Par une étude statistique de la proportion des sujets normaux et des sujets constipés atteints d'appendicite, GUILLAUME conclut que la proportion des constipés atteints d'appendicite est plus faible que la proportion des constipés dans l'espèce humaine - donc qu'il n'y a pas de relation de cause à effet entre les deux syndrômes.

On isola deux formes cliniques de constipation : l'atonique et la spasmodique - conception qui régna pendant longtemps dans le monde médical.

Puis on chercha les causes de constipation : R. BARNES (1878) créa le terme de dyschésie, pour les cas de constipation proximale.

Appendicite et dolicho ou mégacôlon :

C'est en 1886 que HIRSCHPRUNG (de Copenhague) publie des observations de mégacôlon.

Puis JACOBI en 1894 crée le terme de dolichocôlon. Après les anomalies de dimension du côlon, on recherche les facteurs mécaniques de constipation.

Stase droite par membrane de JACKSON ou coudure de LANE (1901) - ptôse cœlique de GLENARD - Cœcum mobile de STIERLIN (1910) - Typhlatoxie de FISCHLER (1909).

Mais on revient à la conception inflammatoire avec l'étude de la stase intestinale chronique de LANE- P.DUVAL et J.Ch.ROUX et de la typhlo-cœlite qui l'accompagne.

Appendicite et typhlo-cœlites :

Historique : Antérieurement à la notion d'appendicite, tous les auteurs de la première moitié du 19^e siècle ne faisaient aucune distinction entre les inflammations du péritoine, de l'intestin ou de l'appendice.

On connaissait depuis longtemps les phlegmons de la fosse iliaque droite bien décrits par MENIERE (1828). Celui-ci soutenait qu'ils étaient dus à une lésion du cœcum, contrairement à MELLIER (1827) qui les attribuait à l'appendice.

La thèse de l'origine appendiculaire va être soutenue par HABERSOHN (1857) - Georges LEWIS (1858) - BIERMER (1879) et triomphera enfin avec l'introduction de la notion d'appendicite à partir de 1880.

Dès lors, il n'est plus question d'attribuer la péri-typhlite à des lésions cœcales et le mot même tombe en désuétude.

Cependant DIEULAFOY lui-même rappelait l'attention sur le cœcum : ROUX (1890) - MAURIN - LEPRIAGE (1890) relatent des faits de lésions cœco-cœliques.

Ce n'est qu'à partir de 1906 que quelques auteurs font une place, même il est vrai, à l'ancienne "typhlo-pérityphlite". C'est le cas de MATHIEU - BERARD - VIGNARD - BOURGET et LEJARS (1906-1911). Mais c'est surtout GUILLAUME qui tentera d'individualiser la typhlo-cœlite droite et d'en faire une entité nosologique.

Définition:

A son avis, le terme de typhlo-cœlite ne doit pas être pris dans un sens étroit. Il doit, au contraire, servir à définir un grand nombre de troubles et de lésions qui ont leur point de départ dans une altération du côlon droit.

Tous ces troubles et ces lésions vont être englobés dans ce qu'il appellera : le syndrome iliaque droit :

Au point de vue anatomique, celui-ci englobera aussi bien des lésions de péritonite non limitée, résultant d'une perforation intestinale que les lésions de péritonite limitée adhésive (péri-côlite-adhérences péritonéales).

C'est-à-dire qu'il réunit sous ce vocable, beaucoup de faits et de lésions différentes, depuis les lésions de côlite segmentaire, jusqu'aux lésions de péricôlite plus étendues.

Au point de vue clinique, GUILLAUME distingue des côlotyphlites aiguës et subaiguës d'un côté et de l'autre des typhlocôlites chroniques. Celles-ci englobent 8 sur 10 des fausses appendicites chroniques.

Faut-il admettre que les deux affections sont séparées ou qu'elles coexistent ?

Et dans ce cas, laquelle des deux a commencé ? Est-ce l'appendicite qui a provoqué la typhlocôlite ou est-ce la typhlocôlite qui s'est compliquée d'appendicite ?

B) DEMEMBREMENT DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

=====

Cette controverse entre typhlo-côlite et appendicite chronique va aboutir au démembrement des appendicites chroniques (on ne dira plus "l'appendicite chronique" mais bien " les appendicites chroniques").

Après les travaux d'ANTOINE et DE MARTEL, la question va être longuement débattue au Congrès des Côlites de PLOMBIERES (1935) par BRULE - BERGERET et CAROLI -(côlites post-appendiculaires) - LARDENOIS et PIOT - (Péricôlite droite) - STIEFFEL et BOUTIER (Fréquence de l'appendicectomie dans les antécédents de côlites chroniques) - POIROT (Sé-quelles d'appendicectomie et côlites).

Déjà ANTOINE et DE MARTEL avaient insisté sur la nécessité des examens cliniques, hématologiques et radiologiques afin de pouvoir classer les cas dans une des trois catégories suivantes :

- Malades à opérer
- Malades à soigner médicalement
- Malades justiciables d'un traitement d'é-
preuve.

Plus récemment J. BAUDEL - Le démembrement de l'appendicite chronique (Montpellier Médical - Avril 1953 N° 4) et - Syndrome douloureux de la fosse iliaque droite à évolution chronique (Semaine Médicale - 2 Juillet 1954) aboutit à la conclusion suivante :

" De tous ces faits, il résulte que le chapitre de l'appendicite chronique doit être démembré. Chaque organe du carrefour iléo-cœcal peut être la cause du syndrome clinique. Il s'agit en premier lieu d'identifier celui qui est responsable des troubles constatés.

Ce n'est pas toujours facile : c'est cependant de première importance pour appliquer la thérapeutique la plus indiquée et qui offre le plus de chance de guérison pour le malade.

C) ETAT ACTUEL DE LA QUESTION

=====

Facilité de l'appendicectomie :

Parmi les derniers articles, nous relèverons celui de J. BRELET de Nantes - Gazette des Hopitaux (20 Mai 1954 N° 14) - qui nous donne une rétrospective basée sur une expérience de 50 ans.

A son avis : "Aujourd'hui, l'appendicite n'est plus une maladie : c'est un malaise qui dure quelques heures et dont un chirurgien vous débarrasse avec lever précoc et cicatrice à peine visible."

Cependant, il assortit cette constatation de quelques réserves : "Toutes ces appendicites devraient-elles vraiment être opérées ? Ne s'est-on pas trop hâté parfois d'en affirmer le diagnostic ? Mais avec les progrès de la chirurgie, mieux vaut enlever inutilement un appendice sain et cela sans aucun danger, que laisser évoluer une appendicite qui pourrait mal tourner."

Fausse appendicites :

Nous trouvons un avis moins sommaire dans l'article de J. DUHAÏEL - Monde Médical (Mars Avril 1952) : " Les fausses appendicites" qui envisage la conduite à tenir dans l'appendicite aiguë et dans l'appendicite chronique, surtout du point de vue clinique.

Son avis sur l'utilité des examens complémentaires soit radiologiques, soit hématologiques est plein de scepticisme.

" La Radio , après repas baryté montrera quelques heures plus tard un cœlon droit bien imprégné, et l'on s'efforcera de préciser la topographie du point douloureux par rapport à la région iléo-coecale.

Un point douloureux nettement perçu au bord interne du cœcum au point habituel d'implantation de l'appendice est un bon signe.

Mais est-ce vraiment la peine de faire cette radio puisque dans plus de 2/3 des cas, le cœlon droit peut être repéré par une palpation attentive ?

La numération montrant une légère leucocytose avec parfois tendance à la mononucléose est sans valeur - bien banale - en aucun cas spécifique.

Il faut donc reconnaître que dans la plupart des cas, ces techniques n'apportent pas une lumière définitive au problème."

Ainsi le problème reste souvent entier, sans solution clinique ; aussi, J. DUHAËL conseille-t-il, après échec des traitements opératoires usuels, d'intervenir et de s'en tenir au résultat expérimental. La clef du problème, tout au moins pour le malade, c'est la disparition ou la persistance des troubles après l'intervention.

Troubles post-opératoires :

Encore fait-il observer que l'amélioration clinique post-opératoire peut être liée au choc opératoire, à l'anesthésie et même à une véritable réflexothérapie chirurgicale.

Il est bien fréquent d'observer après une guérison apparente de trois mois, une récurrence des troubles.

Bien heureux même comme le fait observer CHIRAY (Syndrômes digestifs et pathologie neuro-hormonale) quand l'intervention n'exagère pas le spasme de la valvule de Bauhin avec constitution d'une iléite régionale pré-coecale.

Démembrement des appendicites chroniques :

Nous retiendrons plus particulièrement les conclusions de J. BAUMEL - Le démembrement des appendicites chroniques - (Montpellier Médical - Avril 1953 N° 4) que nous venons de rappeler plus haut.

" Le chapitre de l'appendicite chronique doit être démembré. Chaque organe du carrefour iléo-coecal peut être la cause du syndrome clinique.

Il s'agit en premier lieu d'identifier celui qui est responsable des troubles constatés.

Ce n'est pas toujours facile : c'est cependant de première importance pour appliquer la thérapeutique la plus indiquée et qui offre le plus de chance de guérison."

Ainsi que celles de l'article du même auteur (Semaine Médicale - 2 Juillet 1954)

" Il est nécessaire d'être très circonspect dans l'orientation thérapeutique et de ne pas envoyer systématiquement au chirurgien tout malade présentant un Mac-Burney positif avant de réaliser une exploration locale, régionale et générale minutieuse, sanctionnée par un traitement médical prolongé."

C H A P I T R E D E U X

D I A G N O S T I C D I F F E R E N T I E L

A°) DIAGNOSTIC AVEC LES AFFECTIONS D'ORGANES ELOIGNES
=====

Après avoir recueilli pendant plusieurs années tous les cas de malades opérés d'appendicite chronique et continuant à souffrir après l'opération - M. POIROT (Bulletin de la Société de Radiologie - JANVIER 1934) a relevé que les affections les plus fréquemment observées concernent :

Estomac et duodénum : 17 cas

Les troubles gastriques de ces malades peuvent en effet faire penser à ceux de l'appendicite chronique : il est même possible que dans certains de ces cas, les deux affections aient pu co-exister.

L'association appendicite chronique et ulcère du bulbe duodénal paraissant assez fréquente - peut-être par suite de la stase duodénale qui accompagne souvent l'appendicite chronique.

Il faut y ajouter un cas de diverticule de la 3° portion du duodénum diagnostiqué 4 mois après l'intervention.

Affections salpingo-ovarienne droites : 6 cas

Après les ulcérations gastriques ou duodénales, ce sont les lésions annexielles droites qui sont la source la plus fréquente de diagnostic pré-opératoire erroné.

Mais il ne faut pas oublier que les périviscérités du carrefour inférieur peuvent être occasionnées par des lésions salpingo-ovariennes droites.

Celles-ci peuvent être diagnostiquées par la palpation de l'abdomen sous écran et le toucher vaginal, complétés au besoin par l'hystérographie dans les cas difficiles.

De plus, on retrouve dans les antécédents de la malade, une infection utérine d'origine puerpérale ou gonococcique.

Cependant le voisinage de l'appendicite peut entraîner des erreurs topographiques et, en cas d'appendicite vraie, il peut y avoir propagation aux annexes par adhérences inflammatoires: c'est ce qu'on a appelé le flirt appendiculo-ovarien.

Dans les cas observés, l'hystérographie a été d'un grand secours et a permis de déterminer nettement l'origine des douleurs post-opératoires.

Lithiasc biliaire : 2 cas

On peut admettre que la cholélithiasc est une complication de l'appendicite chronique.

D'autre part, la typhlo-cholécystite de Durand et Binet peut se terminer chez les sujets prédisposés, par des accidents lithiasiques.

Rein et Bassinet droit : 2 cas

Dont un cas de lithiasc rénale droite, présentant 15 jours après l'appendicectomie une nouvelle crise, semblable aux précédentes, avec hématurie et expulsion de petits calculs d'oxalate de chaux.

Un autre cas de rein droit mobile, avec crises douloureuses non améliorées par l'appendicectomie.

Tuberculose péritonéale :

Péritonite bacillaire découverte, comme il est fréquent, au cours de l'intervention.

La malade fit ensuite une pleurésie adhésive gauche, puis une tuberculose rénale droite.

Arthrite congénitale de la hanche droite :

Après l'appendicectomie, la malade souffrant plus nettement de sa hanche droite qu'avant l'opération fut radiographiée.

On constata à la radiographie, une tête fémorale droite très petite, aplatie et débordant la cavité cotyloïde, elle-même très élargie, évasée à sa partie supérieure, avec une petite prolifération osseuse au niveau du sourcil cotyloïdien.

Tuberculose pulmonaire : 3 cas, à forme fibreuse, non évolutive.

On connaît la fréquence de ces cas, où l'on hésite entre le diagnostic d'appendicite chronique et celui de bacillose au début : l'amaigrissement, les petites températures vespérales, les troubles digestifs; tout est commun aux deux affections.

B) DIAGNOSTIC AVEC LES AFFECTIONS D'ORGANES VOISINS :
=====

I - COLON
=====

Néoplasme du Sigmoidé : I cas

Malade opéré d'appendicite et diagnostiqué six mois après.

Dans certains cas, l'appendicite cancéreuse attire l'attention par des manifestations bruyantes, alors que le néoplasme évolue sournoisement et ne se manifeste que plus tard.

Dans ce cas, le diagnostic était d'autant plus difficile qu'il s'agissait d'un malade de 32 ans. Il fit une crise douloureuse en Juillet 1927. Appendicectomie. Le 1^{er} Janvier 1927, hémorragie intestinale, et depuis, sang dans les selles.

Radiographie le 5 Février : le transit montre des adhérences coecales, pseudo-lacunaires. Par lavement baryté, un rétro-cissement néoplasique du sigmoidé sur 3 centimètres de longueur apparaît.

La recto-sigmoïdoscopie permet d'apercevoir le début du néoplasme annulaire, sous forme d'un gros bourrelet ulcéré et saignant.

Tuberculose intestinale : I cas.

L'intervention n'avait montré qu'un appendice non infecté. La deuxième intervention permit de constater des lésions du sigmoidé avec péritonite tuberculeuse qui n'avait pas été découverte lors de l'appendicectomie.

Dolichocôlon.

Le dolichocôlon est une des affections qu'on trouve le plus souvent à l'origine des troubles intestinaux subsistant après l'appendicectomie.

Voici quelques observations typiques à ce sujet :

Observation I : M.F. 35 ans, a séjourné en Orient pendant la guerre 14-18, pas de dysenterie. Souffrant de douleurs abdominales étiquetées appendicite chronique. Opéré sans amélioration consécutive. Les crises reprenant presque aussitôt.

Gros dolichosigmoidé iliaque, avec boucle considérable. Diagnostiqué par lavement baryté.

Observation 2 Mme J. 32 ans, souffre de crises intermittentes depuis longtemps. Opérée pour appendicite chronique il y a deux ans. Pas d'amélioration. Crises plus fréquentes. Sang dans les selles.

Le transit : montre un transverse droit en V, accolé au côlon ascendant, avec masse gazeuse à gauche.

Le lavement : file à travers les anses du côlon descendant sans les remplir complètement, on se fragmentant.

La radiographie : prise après évacuation d'une partie du lavement ne montre qu'incomplètement la boucle du côlon descendant, au niveau de la crête gauche, avec distension gazeuse de la boucle et de l'angle splénique.

Observation 3 : Enfant M. 3 ans. Opéré d'appendicite sans amélioration. Après comme avant l'opération, crises de ballonnement, avec constipation, suivies de débâcles.

Le lavement baryté : montre un dolichocôlon illiaque, surtout visible de profil, avec une boucle remplie seulement de gaz, remontant très au dessus des crêtes.

CHIRAY, dans son ouvrage sur le dolichocôlon, a bien insisté sur la nécessité de l'examen complet par transit et par lavement pour le dépistage du dolichocôlon; ainsi que sur l'utilité des examens multiples, à différents moments du transit.

Il donne des exemples de boucles invisibles au cours du transit, et inversement, de cas où le lavement ne met pas la boucle en évidence, celle-ci ne se révélant que par la stagnation du repas baryté à son niveau.

Voici une observation démonstrative à ce sujet :

Observation 4 : Mlle P. 22 ans. Opérée d'appendicite chronique, il y a deux ans. Douleur vague de l'hypochondre droit. Constipation.

Un premier examen par transit ne donne aucun renseignement précis. La malade est revue une deuxième fois; mais n'étant pas à jeun, elle est examinée par lavement baryté.

Celui-ci montre un dolichocôlon descendant, avec sigmoïde complètement déroulé au dessus du pelvis. Après évacuation du lavement, la radiographie en position verticale ne montre presque plus la boucle, cachée par le transverse très abaissé et presque vide.

CHIRAY (Dolichocôlon P. 137) indique que parfois les signes hépato-vésiculaires dominant la scène, mais qu'il n'y a là qu'une apparence et qu'il s'agit d'un retentissement hépatique de la célite surajoutée au dolichocôlon.

Cependant, il semble qu'il y ait des cas, nettement individualisés de cholécystite compliquant un dolichocôlon. La cœlite entretenue par le dolichocôlon s'accompagne d'abord d'appendicite, ensuite de cholécystite.

Observation 5 : Mme R. 44 ans. Migraines depuis l'âge de 25 ans.

Tous les 15 jours, crises de vomissements biliaires, non améliorées par l'appendicectomie.

- Cliniquement : Point douloureux vésiculaire très net.
- Lavement baryté : Dolichocôlon descendant, position haute de l'angle sous-hépatique.
- Cholécystographie : Pas d'opacification par voie intra-veineuse.
- Tubage duodénal :
 - Bile A : 20 cc. Sels biliaires : 5 grs.
 - Bile B : 10,3 cc. Sels biliaires : 11 grs.
 - Bile C : 30 cc. Sels biliaires : 2 grs.
- Cholémimétrie : 22 mgrs de bilirubine par litre.

Observation 6 : Mme C. Souffre depuis 2 ans. Opérée d'appendicite il y a six mois. Douleurs diffuses, plexalgie.

Examen radiologique : Boucle du côlon descendant, ne restant pas remplie par lavement. Sur la radiographie, on ne voit qu'une anse gazeuse au niveau du côlon descendant. Spasme du transverse et du sommet du bulbe duodénal.

Petite vésicule bourrée de calculs, en grappe.

Appendiculo-cholécystite lithiasique compliquant un dolichocôlon.

Observation 7 : Mr B. 58 ans. Opéré pour crise aiguë d'appendicite, il y a 6 mois. Amélioration après l'opération, sauf constipation persistante. Depuis 1 an, douleurs irrégulières, post-prandiales.

Examen radiologique : Forte scoliose dorso-lombaire. Bulbe haut situé, fixé vers la vésicule biliaire.

Point douloureux sous hépatique net.

Lavement baryté : Sigmoïde complètement déroulé vers la 4° V.L., repoussant le transverse.

Biligraphie intra-veineuse : Pas d'opacification de la vésicule biliaire.

Tubage duodénal :

- Bile A : sels biliaires : 4, 5 grs.
- Bile B : Sels biliaires : 5 grs
- Bile C : Sels biliaires : 1, 5 gr.

Appendiculo-cholécystite compliquant un dolichocôlon avec premier épisode appendiculaire à 52 ans - deuxième épisode cholécystique il y a un an.

A noter dans cette observation la scoliose dorso-lombaire très accentuée. Peut-on établir une relation entre les déformations acquises de la colonne vertébrale et certaines malformations cœliques ?

L'observation suivante semble autoriser cette hypothèse.

Observation 8 : Mr. D. 34 ans. Chute sur la colonne vertébrale à l'âge de 12 ans. Depuis, scoliose dorso-lombaire à concavité droite.

Cliniquement : Cœlite avec selles glaireuses et sang dans ces selles à plusieurs reprises.

Examen radiologique : Boucle du transverse droit en V, très accentuée, avec ptose du rein droit, en même temps que l'on note une scoliose dorso-lombaire à concavité lombaire droite.

II) COECUM

=====

Tumeurs iléo-coecales :

Observation 9 : Quelle relation existe-t-il entre une appendicite aiguë opérée deux ans auparavant et une tumeur iléo-coecale survenant ensuite ? Comme dans ce cas d'un homme de 46 ans très fort : Mr. EXL. :

On aurait trouvé à l'opération un appendice très enflammé, presque gangrené. Suites opératoires normales.

Mais depuis, lentement, amaigrissement de 15 kgs, anoréxie ne va à la selle qu'avec des laxatifs.

A la palpation : grosse tumeur du volume d'une tête de fœtus, dans la fosse iliaque droite, au dessous de la région iléo-coecale, assez douloureuse à la pression.

Le film est pris deux heures après le repas opaque, qui imprègne l'iléon et le coecum. La dernière portion de l'iléon apparaît plutôt comprimée et repoussée par la tumeur (cerclée d'un fil de plomb). Celle-ci semble située en avant des anses.

Le coecum et le côlon droit sont découpés, irréguliers, plus clairs, franchement lacunaires (image de Stierlin).

Il s'agit donc d'une tumeur adhérente au coecum et à la dernière portion de l'iléon ; mais ne gênant pas le transit, plutôt accéléré. Le malade refuse l'intervention.

Observation 10 : Chez les malades âgés, le diagnostic est particulièrement difficile entre les tumeurs iléo-coecales malignes et les formes tumorales de l'appendicite chronique du vieillard.

M. D. 66 ans. A été soigné longtemps pour une affection hépatique. N'a pas eu de crise appendiculaire, ne souffre pas a maigri, mange peu, évacuation des gaz normale.

Mais on trouve une tumeur du volume d'un poing dans la fosse iliaque droite.

Le transit : montre une stase iléale quinze heures après le premier repas baryté. La dernière portion de l'iléon est refoulée par la tumeur. Le cœcum et la portion inférieure du côlon ascendant sont adhérents et présentent un aspect franchement lacunaire (image de Stierlin).

Le lavement baryté : remplit le côlon en entier et met en évidence des anses un peu allongées; surtout vers la portion droite du transverse.

Ces constatations radiologiques excluent l'hypothèse d'une tumeur inflammatoire d'origine appendiculaire - observée rarement chez les gens âgés. (BERARD-MASMONTEIL).

Dans ces cas, le cœcum est fixé par des adhérences, mais il n'y a pas d'aspect lacunaire, comme dans notre observation.

III°) ILÉON TERMINAL =====

Contracture persistante de la terminaison de l'iléon.

Observation 11 : Certains malades se plaignent de troubles gastro-intestinaux légers, de petites crises douloureuses dans la région coeco-appendiculaire ou péri-ombilicale.

Il faut incriminer, parfois, non l'appendicé, mais la contracture spasmodique des derniers centimètres de l'iléon.

Cette contracture serait due au spasme du muscle iléo-côlique, sorte de sphincter situé à l'abouchement iléo-coecal.

Cette question des spasmes iléo-coeaux a été discutée par de nombreux auteurs.

JACQUET et GALLY en font un des meilleurs signes d'appendicite surtout lorsque ces spasmes sont exagérés par la pression de la main ou du disticteur sur le point douloureux.

Recentement, BORCESCO a décrit une série de spasmes, dont le spasme iléo-coecal de Varole siégeant sur la dernière portion de l'iléon.

Mais, dans certains cas rares, ce n'est plus un spasme mais une véritable contracture de l'iléon terminal qui persiste, après l'appendicectomie comme chez cette malade :

Mme LO.. Opérée en 1924, après deux crises aiguës, durant chacune entre trois et quatre heures. Opérée ensuite pour rétroversion utérine, puis hystérectomie totale à la suite d'une grossesse tubaire.

Envoyée pour examen radiologique avec cette mention:
Douleur de la région appendiculaire, bien qu'opérée en 1924,
avec vomissements et constipation.

On trouve, en effet, à la palpation un point douloureux
iléo-coecal, correspondant à la cicatrice opératoire, et bien
localisé.

A l'examen radiologique : Spasme du cardia assez prolongé - pas de spasme du pylore - spasme de la dernière portion de l'iléon, très éffilée, avec stase iléale prolongée quinze heures après le premier repas.

La malade continuant à faire des crises avec distension gazeuse droite, douleurs et vomissements, le chirurgien doit intervenir à nouveau. On ne trouve à l'intervention, ni adhérences ni brides, mais seulement un boudin dur sur la dernière portion de l'iléon.

Nous verrons, au sujet de la technique de l'examen radiologique, la nécessité d'examiner spécialement la dernière portion de l'iléon, comme le préconise J. BAUMEL, pour mettre en évidence soit une dysergie iléo-coecale (Cf. PIOT - Bulletin de la Société de Radiologie - Octobre 1934)- soit une maladie de CROHN.

IV°) PERIVISCERITE ILEO-COECO APPENDICULAIRE :

Brides de LANE :

On peut voir trois catégories de brides sur les 15 derniers centimètres de l'iléon, confondues sous le nom de brides de LANE.

- 1°) Une bride sus-iléale avec coudure en V ouvert en bas.
- 2°) Une bride sous-iléale, coudant l'iléon en V ouvert en haut, dans le sens opposé au précédent.
- 3°) Une bride pré-iléo-coecale.

Il en résulte généralement, quelle que soit la variété, une stase iléale et une stase coecale, dont l'ensemble rappelle le tableau de l'appendicite chronique.

Et cependant cette affection peut exister sans appendicite par malformation congénitale ou bride inflammatoire consécutive à la ptose du cœcum. Mais il est plus fréquent qu'elle se développe au cours de l'appendicite.

Il faudra donc explorer systématiquement l'iléon terminal au cours de l'appendicectomie lorsqu'on a été prévenu par l'examen radiologique de l'existence de ces brides.

En effet, si on ne les découvre pas, il en résulte une séquelle importante, nécessitant souvent une deuxième intervention, comme dans les cas suivants :

Observation I2 : Mr. S.

Ce dossier qui nous a été communiqué par notre père, M. POIROT nous paraît intéressant à deux titres.

En premier lieu, il comportait quantité de certificats de chirurgiens et d'urologues notoires de l'époque (Le Fur. Heitz - Boyer - de Martel. Pierre Duval).

D'autre part, l'histoire du malade est assez étonnante: évacué du front en 1917, il est hospitalisé dans le service du Docteur Cathelin pour pyélo-néphrite calculeuse chronique. Il fait ensuite une cholécystite avec syndrome entéro-rénal de Heitz-Boyer.

En 1929 : cholécystectomie et appendicectomie pratiquées par le Professeur Pierre DUVAL qui trouve huit calculs dans la vésicule biliaire ainsi que des adhérences sus-mésocôliques.

Le malade continuant à souffrir après cette intervention un examen radiologique montra une compression de la 3^e portion du duodénum et une bride sus-iléale de Lardennois qui nécessitèrent une deuxième intervention.

Observation I3 : Mr. L. Madale opéré en 1929 d'appendicite chronique, sans crise bien nette. On notait seulement une douleur de l'hypochondre droit et de la constipation.

Des crises successives de subocclusion nécessitent une deuxième intervention au cours de laquelle on trouve une bride iléale qui donnait cet étranglement de la dernière portion de l'iléon avec stase iléale prolongée que l'on constatait sur le film pris avant la deuxième intervention.

V°) PÉRIVISCÉRITES A DISTANCE

A°) Périviscérites du carrefour supérieur :

1° Périviscérites sous-hépatiques :

L'angle cœlique droit peut être fixé haut sous le foie par des formations membraneuses - par des brides - ou par de simples adhérences.

Le point de départ de ces périviscérites est tantôt la vésicule biliaire, quelquefois une ulcération duodénale, mais beaucoup plus souvent une péricôlite ou une appendicite chronique.

OBSERVATION I4 : Mme J.

Opérée d'un abcès amibien du foie en 1949, après une dysenterie contractée en Allemagne, où elle était internée avec des prisonnières roumaines.

Depuis, elle se plaignait de constipation et de douleur de l'hypochondre droit.

Examen radiologique : bulbe duodéal dilaté, appliqué contre le foie. L'angle sous-hépatique est également fixé et haut situé.

A l'intervention : on trouve une péricôlite de l'angle droit et des adhérences sous-hépatiques.

OBSERVATION I5 : Mr. H. 20 ans. Malade opéré il y a un an après une crise appendiculaire nette. Depuis l'opération : constipation et douleur au niveau de la cicatrice.

Le lavement baryté : montre l'angle sous-hépatique haut situé et ne s'ouvrant pas à la pression.

Le transit : accuse un retard d'évacuation not du grêle et de l'iléon.

2° Périviscérites duodénales :

OBSERVATION I6 : Mr B. Appendicectomie en 1952. A continué à souffrir par intermittence. Douleurs peu localisées.

Depuis un mois : amaigrissement considérable, vomissements, subictère. Le malade présente un gros foie débordant de trois travers de doigt, sensible à la pression.

Examen radiologique : Estomac volumineux, mais hypertonique, le passage bulbaire se fait en filet très mince. Stase iléale prolongée.

A l'intervention : on trouve des adhérences épaisses, comprimant le bulbe et s'étendant jusqu'au côlon ascendant, lui-même fixé obliquement dans la fosse illiaque droite.

3° Interposition hépato-diaphragmatique du côlon :

L'origine de cette situation anormale du côlon a fait l'objet de nombreux travaux.

TREMOLIERES notamment a réuni de nombreuses observations. Mais il semble que beaucoup d'entre elles ne concernent pas de véritables interpositions, mais simplement des fixations hautes de l'angle droit par périviscérite sous-hépatique.

Il y a lieu, en effet de distinguer soigneusement ces cas de ceux rapportés par M. CHOUSAT et Mme CHOUSAT-CLAUSSE (Bulletin de la Société de Radiologie - Février 1937).

Dans leurs cas d'interposition vraie, confirmés par autopsie, il s'agit vraiment d'une malformation congénitale, avec une loge anormale sur la face supérieure du foie dans laquelle s'engage le côlon.

Alors que dans beaucoup des cas de TREMOLIERES, il semble qu'il s'agisse plutôt de périviscérite, dont il y a lieu de déterminer la cause.

Voici des observations de ces deux formes :

OBSERVATION 17 : Mr K. - 40 ans. Homme trapu, à thorax court et globuleux. Côtes saillantes. Se plaint de douleurs thoraciques depuis plusieurs années. Bon état général.

Examen radiologique :

Estomac : Estomac en cascade, rejeté très obliquement vers la droite, avec pylore fixé haut sous le foie. (Celui-ci étant très petit, surtout le lobe gauche.)

Evacuation continue, très rapide au début, avec anneau duodénal complètement à découvert et fortement distendu par la bouillie opaque.

Cinq heures après : Côlon ascendant et transverse remplis, très haut situés. Léger résidu gastrique. Présence d'une anse gazeuse anormale, située entre le transverse et le foie, tandis que l'angle gauche est sous le diaphragme

Vingt quatre heures après : L'anse gazeuse n'est presque plus visible, sauf une petite portion qui se confond avec la clarté de la poche à air gastrique. Le Côlon est rempli jusqu'au sigmoïde, mais celui-ci n'est pas visible.

Insufflation : L'anse anormale réapparaît, allant du coecum jusqu'au dessus du transverse. L'insufflation détermine une crise de coliques douloureuses.

Il s'agit donc de savoir si cette anse est cœlique ou iléale?

Lavement baryté : montre que cette anse est un sigmoïde qui est vertical et parallèle au côlon ascendant. Anse située entièrement à droite de la colonne lombaire.

Il s'agit de cette anse anormale dont on constatait la présence dans toutes les positions, mais surtout en oblique, au cours de l'examen de l'estomac. Elle était située entre la petite courbure et le lobe gauche du foie.

Son sommet se replie sous le diaphragme droit, et redescend sur la ligne médiane rejoindre le côlon descendant plicaturé.

Cholécystographie : Ne serait-ce pas la vésicule biliaire qui fixerait ainsi le sigmoïde sous le diaphragme droit ?

Cette cholécystographie montre une petite vésicule en position latérale-externe, assez bien opacifiée, repliée en crochet par attraction de son bas-fond vers la ligne médiane, mais n'en paraissant pas pathologique.

En conclusion, il y a tout lieu de croire qu'il s'agit bien d'une malformation cœlique et hépatique, avec foie très petit.

OBSERVATION 18 : Mr. D. Jeune polonais de 30 ans.

Constipation depuis quatre ans, se plaignant surtout de digestions lentes, avec de temps à autre, des crises de diarrhée.

EXAMEN radiologique :

Estomac: paraissant normal, malgré une grosse dilatation du bulbe duodénal.

Un repas baryté ingéré la veille remplit faiblement le côlon ascendant et le transverse déjà en partie évacués.

L'attention n'est pas spécialement attirée vers l'angle droit qui paraît situé en dessous de la crête droite à l'examen radioscopique.

Mais, cinq heures après, son aspect a complètement changé, il remonte très haut vers le diaphragme droit, tandis que la branche droite du transverse redescend parallèlement au côlon ascendant presque jusqu'au cœcum.

En outre, résidu gastrique assez important.

Cholécystographie : Vésicule biliaire un peu allongée, mais paraissant normale, assez bien colorée, située entre l'angle cœlique et le bulbe dilaté.

Insufflation: Par cette technique on déplisse complètement l'angle droit qui remonte jusque sous le diaphragme droit de face et masque l'ombre hépatique en son entier.

En oblique, cet angle occupe cependant une situation postérieure, ce qui explique l'absence de sonorité anormale à la percussion de l'aire hépatique.

Examen du sang : est en faveur d'une appendicite chronique.

En effet, on constate :

- Globules blancs : 10.000

- Polynucléaires neutrophiles : 57 %
- Polynucléaires éosinophiles : 2 %
- Grands mononucléaires : 7 %
- Moyens mononucléaires : 8 %
- Lymphocytes : 26 %

Donc, d'une part, leucocytose élevée, et d'autre part, mononucléose à 41 %. Le malade refuse cependant l'appendicectomie.

Observation I9 : Mr. H. - 55 ans. Adressé pour examen radiologique sur une suspicion de néoplasme gastrique ou cœlique.

Opéré d'appendicectomie l'année précédente, il ne souffrait de troubles digestifs que depuis 15 jours.

La palpation ne montrait aucun point douloureux bien net, mais à la percussion, on constatait une sonorité très étendue à la place de la matité hépatique habituelle.

Examen radiologique : Estomac en colimaçon, haut situé, avec le pyllore et le bulbe en bec de canard.

Le transit donnait l'explication de ces anomalies en montrant l'angle sous-hépatique s'insinuant entre le foie et la coupole diaphragmatique et fixé au dessous de celle-ci.

Ces deux cas paraissent donc bien être acquis et non d'origine congénitale : il s'agit de périviscérite étendue dont l'appendice peut être considéré comme le point de départ, sinon la cause unique.

VI°) EPIPLOITES CHRONIQUES :

Chez certains malades atteints d'appendicite chronique, il peut y avoir également extension à l'épiploon et l'épiploïte persistera après l'appendicectomie, souvent même aggravée par l'intervention.

Mais l'épiploïte peut aussi être en relation avec une typhlo-cœlite ou même avec une affection d'un organe voisin. On la trouve, en effet, assez souvent après les opérations abdominales ou gynécologiques.

Observation I9 b : Mme P. Jeune femme de 30 ans.

Opérée pour annexite et appendicite. Continue à souffrir après l'opération, surtout au niveau de la cicatrice médiane.

Amaigrissement important. Au dire de son médecin, serait suspecte d'ulcère gastrique et aurait présenté une hématomèse abondante il y a trois semaines. En réalité, cette hématomèse devait être une hémoptysie en relation avec une infiltration ancienne et scléreuse du lobe supérieur gauche car l'estomac est normal à l'examen radiologique.

Par contre, le transverse est fixé en équerre au niveau de la cicatrice sus-pubienne, très douloureuse : l'épiploon adhère à la paroi d'une part et au transverse d'autre part.

Observation 20 : Mme Ch. - 7 enfants :

Cette malade a été opérée d'abord d'une hernie droite, puis elle a subi une hystéropexie. Enfin, comme elle continuait à souffrir à droite, une appendicectomie fut décidée qui ne l'améliore nullement comme nous l'en avons d'ailleurs prévenue.

Elle conserve en effet, la même douleur de la région iléo-cœcale et en dessous.

A l'examen radiologique : on constate un allongement des mésos, surtout du mésocôlon transverse, mais aucune fixation par pé-riviscérite car tout le côlon est mobile. C'est donc certainement l'épiploon lui-même qui adhère à la paroi, au niveau des cicatrices et provoque la douleur.

Observation 21: Mr. D. 60 ans. A été opéré d'une appendicite gangréneuse ; aussi présente-t-il une cicatrice profonde et très irrégulière, très douloureuse, ainsi que des adhérences épiploïques fixant le grêle et le côlon en paquet, très bas vers le petit bassin.

Il s'est effectué une attraction de tous les organes vers ce foyer : jusqu'à la vésicule biliaire que la cholécystographie montre presque pelvienne, attirée et fixée vers la cicatrice.

Il en résulte naturellement des troubles d'évacuation sérieux avec une importante stase gastrique que met en évidence l'examen radiologique.

Observation 22 : Mr. B - Ancien blessé de guerre ayant reçu un éclat d'obus dans l'abdomen. On le lui retira quinze jours après. Ensuite, comme il continuait à souffrir, on l'appendicectomisa.

Un an après nouvelle intervention pour section d'adhérences. Puis, en 1941 et 1943, intervention pour hépato-duodéno-pylorite adhérentielle. Parallèlement, son taux d'invalidité est porté à 55 puis à 80 %

En 1948, on pratique sur lui une gastro-entérostomie à la suite d'un examen radiologique concluant à un ulcus duodénal. A l'opération, le chirurgien ne trouva pas d'ulcus, mais des adhérences péri-duodénales qui rendirent cette opération très difficile.

Après l'intervention, le malade souffrait à nouveau, et cependant la bouche paraissait fonctionner de façon satisfaisante : c'est bien l'épiploon qui doit occasionner ces douleurs.

C°) DIAGNOSTIC DU SYNDROME DE LA FOSSE ILLIAQUE DROITE :

=====

GUILLAUME, ANTOINE et DE MARTEL ont groupé sous le nom générique de "syndrômes douloureux de la fosse illiaque droite " toute une série de malformations du côlon droit et du mésocôlon qui peuvent être, soit congénitales, soit acquises et qui doivent être distinguées de l'appendicite chronique.

1°) Congénitales : elles résultent d'une situation anormale du côlon droit ou du cœcum, ou bien d'un défaut d'accolement plus ou moins étendu des mésos.

Il en résulte, soit une mobilité anormale, soit une fixité anormale d'un segment du côlon droit.

2°) Acquises : Elles peuvent l'être par la formation d'adhérences, de brides qui peuvent se produire au niveau de deux foyers principaux :

a) en bas : au niveau du carrefour iléo-coecal, réalisant la périviscérite du carrefour inférieur.

b) en haut : au niveau du carrefour sous-hépatique autour de l'angle droit, de la vésicule biliaire et du duodénum, réalisant les périviscérites du carrefour supérieur.

Le point de départ de ces deux foyers infectieux peut-être soit l'appendice, soit la vésicule biliaire, soit l'intestin lui-même.

En outre, il peut y avoir des formes mixtes : d'abord congénitales et purement mécaniques, puis compliquées et infectées secondairement.

Donc, trois cas peuvent se produire:

1°) les lésions existent en dehors de toute appendicite et il faut les en différencier.

2°) Ou, l'appendicite peut exister seule, sans association pathologique avec le cœcum ou le côlon.

3°) Ou l'appendicite peut-être associée à ces lésions mécaniques et inflammatoires, ou les avoir provoquées.

Il faudra donc, avant de prendre une décision chirurgicale, s'assurer s'il s'agit d'une appendicite chronique simple ou s'il y a d'autres lésions associées.

I) PTOSIS DU COLON DROIT : A l'état normal, les angles hépatique et splénique du côlon occupent une situation à peu près fixe et le transverse est situé à une distance appréciable du pubis, en position verticale.

Tous le cœlon dans son ensemble peut être ptosé, en même temps que d'autres organes (estomac, rein droit, etc...)

Nous n'envisagerons que les accidents mécaniques qui surviennent à la suite de la ptose totale ou partielle du cœlon droit.

Celle-ci peut être congénitale ou acquise. Il semble qu'à l'origine des ptoses acquises, on trouve assez souvent des scolioses dorso-lombaires.

OBSERVATION 23 : Mr. D. 34 ans - A fait une chute sur la colonne vertébrale à l'âge de 12 ans. Présente en même temps qu'une scoliose dorso-lombaire à concavité droite une ptose du rein droit ainsi qu'une boucle très accentuée du transverse droit.

Formes cliniques des ptoses droites :

Les formes cliniques sont très variées et l'on observe tous les cas, depuis les formes légères, jusqu'aux formes les plus graves avec crises douloureuses, paroxystiques.

Voici des cas de forme légère, banale :

OBSERVATION 24 : Mr. SCH. En position verticale, le transverse est abaissé en équerre et on constate seulement des troubles fonctionnels gastriques avec retard de l'évacuation et stase assez prolongée.

OBSERVATION 25 : Dans ce cas, le transverse remonte légèrement en décubitus. Mais la coudure du transverse droit persiste, ainsi qu'une légère torsion de l'angle splénique.

La palpation, sous écran, permet d'ouvrir l'angle cœlique droit, sans provoquer de douleur.

Quant il se surajoute à un pareil cas de la péricœlito, cette manœuvre est douloureuse et ne peut être effectuée complètement.

OBSERVATION 26 : Ce cas est plus accusé : le transverse est beaucoup plus abaissé ainsi que le bas-fond gastrique. Le bulbe est allongé, mais de façon modérée.

OBSERVATION 27 : Mme REN... Mais le bulbe peut rester fixé très haut, probablement lorsque l'accolement du mésoduodénum est plus solide : il en résulte un fort allongement de la portion pré-pylorique, comme dans le cas de cette malade, qui présentait en plus une forte scoliose à convexité droite.

Opérée quatre mois avant l'examen pour une grossesse extra-utérine, qui n'existait pas, on a fait une appendicectomie.

Elle a gardé de cette opération, une forte éventration avec allongement du transverse.

Les cas suivants concernant des formes avec crises paroxys-
tiques :

OBSERVATION 28 : Mme TH. - 24 ans - Forte femme, opérée il y a six
ans pour une appendicite chronique, sans crise bien nette.

On observe des malaises divers depuis un accouchement
récent. Son médecin dit qu'elle présente des crises nocturnes
à prédominance épigastrique, difficiles à calmer par les an-
tispasmodiques, ne cédant qu'à la morphine.

Son angle sous-hépatique est abaissé par le rein droit,
Sa vésicule biliaire, mal colorée, se projette également sur
l'ombre du rein droit, sans calcul visible.

Il est probable que les crises étaient plutôt d'origine
rénale, mais la malade n'a pas voulu revenir pour une pyélo-
graphie en station verticale.

OBSERVATION 29 : Soldat D. - Cas avec crises paroxystiques graves.

Jeune militaire ayant présenté deux mois auparavant une
crise diarrhéique avec selles glaireuses et sanguinolentes.
Hospitalisé à l'hôpital militaire Legouest à la suite d'une
crise abdominale violente, il est appendicectomisé d'urgence.

Amélioration. Il part en permission et à son retour, il
tombe subitement sur la voie publique. Le médecin de garde le
dirige à nouveau vers l'hôpital militaire et l'on constate comme
lors d'une crise précédente une distension considérable de
l'abdomen avec dyspnée. Le malade est très agité.

A l'examen radiologique : effectué dans les jours qui
suivent, on constate que le transit est normal dans sa durée,
mais il existe un côlon droit considérablement dilaté ainsi
que le transverse. Cependant, celui-ci est mobile.

Le lavement passe sans difficulté : il ne s'agit donc
pas d'adhérences post-opératoires, mais d'accidents mécaniques
purs.

OBSERVATION 30 : Mmr P. Voici un cas encore plus net de crises
d'ordre uniquement mécanique.

Jeune femme de 25 ans, souffrant depuis un an de crises
douloureuses intermittentes. L'an dernier, les crises ne du-
raient que quelques heures.

Son médecin, après avoir posé le diagnostic d'appendici-
te chronique, la fait opérer.

Mais, après l'opération, les crises se renouvellent plus
fréquemment et durent plus longtemps. La dernière s'est pro-
longée pendant huit jours. D'après la description de la mala-
de, ces crises paraissent pseudo-occlusives, avec grosse dis-
tension abdominale par les gaz.

Au moment de l'examen, la malade ne présente absolument
rien de particulier soit à la palpation, soit à la percussion.
On ne réveille aucune douleur, notamment. Donc, aucun autre
signe clinique que les crises d'occlusion, pas même de cons-
tipation.

Transit : montre une anse droite irrégulière - le coecum apparaît fixé, tandis que le côlon ascendant et la portion droite du transverse, flottants, retombent en avant.

La partie moyenne du transverse, au contraire, haut située est fixée sous le foie.

Le reste du côlon est sans particularité notable.

Lavement baryté : complète l'examen car les signes cliniques faisaient penser à l'existence d'un dolichocôlon.

Cette technique ne met en évidence aucun allongement notable, ni du côlon descendant, ni du sigmoïde.

Cependant, le remplissage mettait en évidence un signe intéressant : le côlon droit se remplissait à peine, car, immédiatement, des mouvements antipéristaltiques violents évacuaient le liquide opaque vers le transverse et le descendant.

Insufflation : Détermine chez cette malade, des douleurs comparables à celles qu'elle éprouve lors de ses crises.

En même temps, l'angle droit qui paraissait flottant lors du transit, se déplisse et remonte très haut vers le diaphragme gauche. L'ensemble dessine une boucle considérable.

En somme, l'insufflation reproduit expérimentalement l'aspect que doit avoir le côlon au moment de la crise subocclusive.

Dans ce cas, il semble qu'au facteur mécanique se soit surajouté un élément infectieux.

L'anomalie a été bien tolérée pendant des années et n'est devenue douloureuse que par la cœlite surajoutée.

L'évolution l'a d'ailleurs montré car il a suffi de mettre la malade au régime et au traitement des cœlites, pour que ces crises disparaissent.

DEUXIEME PARTIE

LE TREPIED DU DIAGNOSTIC :

Diagnostics Clinique
Radiologique
Hematologique

CHAPITRE TROIS
=====

LE DIAGNOSTIC CLINIQUE

A) LES ETAPES DU DIAGNOSTIC CLINIQUE :

=====

1°) Etape anatomo-pathologique :

Avec LAENNEC, l'anatomie pathologique avait permis de classer les maladies, organes par organes.

En pathologie digestive, CRUVEILHIER isola l'ulcère rond de l'estomac - puis on s'efforça de séparer complètement l'ulcère du duodénum de l'ulcère stomacal.

De même on ne considère plus dans la maladie lithiasique que le calcul.

Les affections de l'intestin furent dissociées en cœlite, typhlite et rectite.

2°) Etape chimique :

Mais avec la découverte du tubage gastrique par KUSSMAUL, le diagnostic suivit une toute autre direction.

A la notion d'altération organique, on substitua une notion de trouble d'origine chimique : chaque maladie appartient en propre à un viscère particulier et comporte un trouble chimique spécial dans lequel on vit une cause et non pas un effet.

On se dirigea donc vers l'étude du suc gastrique et, également vers la recherche de la bile et des liquides duodénaux.

Pour l'intestin, vers l'étude des selles.

3°) Etape bactériologique :

PASTEUR donna à la médecine une orientation nouvelle : l'étiologie infectieuse.

On ajouta à la recherche de la cause locale, la recherche systématique de l'agent infectieux.

Ce fut l'époque de la cœlite et surtout de la colibacillose. Après l'appendicite aiguë, on isola l'appendicite chronique. L'appendice iléo-coecal devint le milieu de culture propice au développement des germes pathogènes.

La péritonite chronique, plus tard classée comme périviscérite, devint une réaction de voisinage consécutive à une maladie d'origine microbienne soit gastrique, soit cœlique ou encore cholécystique.

Les entérites parasitaires furent assimilées aux affections d'origine microbienne.

4°) Etape radiologique :

Le développement du diagnostic radiologique introduisit des notions nouvelles. Par exemple, celles d'atonie et de spasme.

A l'aspect atonique du gros intestin correspondait une entité clinique distincte.

De même en ce qui concerne la vésicule biliaire, on isolait les dyskinésies - la cholécystatonie.

Mais, ultérieurement, on les relia aux anomalies du tonus organique pour aboutir aux troubles de la motricité.

5°) Etape chirurgicale :

La chirurgie abdominale qui se développa au début du dix-neuvième siècle, confirma la fréquence de ces troubles moteurs, mais aussi contribua à détruire les conceptions organicistes du siècle précédent.

Elle a permis de constater que l'appendicectomie ne suffit pas toujours pour faire disparaître les états douloureux attribués à l'appendicite.

Le développement de la chirurgie du sympathique s'est accompagné de l'étude des troubles d'origine neuro-végétative.

B) ETUDE CRITIQUE DES SIGNES CLINIQUES :

=====

Le praticien finit par devenir indifférent devant le nombre des signes, des procédés de recherches cliniques ou radiologiques qui lui sont proposés.

Les traités contribuent également à maintenir cet état d'esprit, la plupart des articles consacrés à l'appendicite chronique accumulent les citations de textes ou de travaux, au lieu de chercher à dégager une ligne de conduite habituelle, susceptible d'entrer dans la pratique courante.

D'ailleurs les signes cliniques et radiologiques de l'appendicite chronique sont si nombreux qu'il est bien rare de les voir réunis chez un même malade.

Comme exemple de signe discutable, nous prenons celui de BRODIN : spasme du genu inférior avec arrêt de la bouillie barytée plus ou moins prolongée dans le duodénum.

Or, sur les 300 à 400 observations de séquelles d'appendicite chronique qui ont été réunies dans le service de notre père M. POIROT, à la Clinique de la Maternité de METZ, nous notons la persistance de ce spasme, après appendicectomie, dans un tiers des cas environ.

BRODIN (Appendicite chronique : Archives des maladies de l'appareil Digestif - Novembre 1951 - p. 40) - l'explique par la persistance des adhérences à point de départ appendiculaire, après l'opération, ce qui est difficilement vérifiable dans la plupart des cas.

Dans ces conditions, il est difficile de dégager une ligne de conduite valable pour la pratique courante, si l'on veut faire état de tous les travaux concernant la question.

Nous insistons sur le fait que nous n'envisageons que le diagnostic de l'appendicite chronique, lorsque rien ne force à prendre une décision immédiate.

Le problème est exposé de la façon suivante dans les plus récents articles et notamment dans celui de RUDLER (Encyclopédie Médico-chirurgicale : Côlon droit - appendicite chronique).

Deux questions sont généralement posées au praticien par un malade souffrant d'une façon chronique de la fosse iliaque droite :

1° Existe-t-il ou non une appendicite chronique ?

2° S'il ne s'agit pas d'appendicite, de quelle affection est atteint le malade ?

I) DIAGNOSTIC POSITIF :

Deux éventualités peuvent se présenter :

a) Crises précédentes : Le malade est déjà suspect d'appendicite : il a notamment présenté une ou plusieurs crises plus ou moins nettes.

Généralement dans ces cas, les signes cliniques suffisent à la plupart des auteurs pour décider de l'intervention immédiate.

Cependant, nous sommes d'avis que ces signes cliniques doivent être complétés par l'examen hématologique.

Celui-ci sera précieux, non seulement pour confirmer le diagnostic, mais aussi pour le traitement pré et post-opératoire.

Si l'hyperleucocytose dépasse 9.000 globules blancs - il sera indiqué d'instituer un traitement anti-inflammatoire pré-opératoire (repos - antibiotiques - rayons infra-rouges) et d'attendre une baisse persistante de la leucocytose avant d'intervenir; ce, afin d'éviter la péri-côlite post-opératoire.

En outre, l'examen sanguin pourra donner des indications précieuses pour le traitement ultérieur, notamment renseigner sur l'existence possible et fréquente d'une côlite parasitaire - soit surajoutée - soit causale - les avis différant à ce sujet.

Dans ce cas, le taux de l'éosinophilie attirera l'attention et indiquera l'utilité de recherches complémentaires : - examen des selles au point de vue parasitaire - mais aussi toucher rectal, rectoscopie avec prélèvement pour recherche des amibes et des oeufs d'Oxyures.

A ce sujet, voir les articles de POIROT (Marcel) :
Diagnostic de l'Amibiase - Société de Radiologie - Janvier 1938
et La Dysenterie amibienne - Presse Médicale 1940

Ces examens peuvent être demandés par le médecin traitant, et à plus forte raison par le chirurgien consultant ou le gastro-entérologue.

Lorsqu'il s'agira d'une appendicite chronique, l'ensemble de ces examens permettra de convaincre le malade et sa famille de la nécessité de l'intervention, et d'éviter bien des "sequelles d'appendicectomie" aussi embarrassantes pour le malade que pour le praticien ou le chirurgien.

b) Pas de crises précédentes :

Lorsque le malade n'a jamais eu de crises, les auteurs distinguent généralement deux cas, suivant qu'il existe ou non une douleur de la fosse iliaque droite :

Signes fonctionnels + douleur : Dans le premier cas, si l'examen clinique permet de constater des signes généraux d'appendicite et une douleur bien nette de la région iléo-coecale, les auteurs admettent le diagnostic certain d'appendicite chronique sans examen radiologique complémentaire, ni examen hématologique.

Signes fonctionnels sans douleur : Dans ce deuxième cas, les signes fonctionnels plus ou moins nets existent bien - mais il n'y a pas de douleur à la palpation de la fosse iliaque ou bien elle a un siège anormal.

C'est dans ce cas que tous les auteurs sont d'accord pour conseiller au moins l'examen radiologique.- plus rarement l'examen hématologique généralement passé sous silence - et quelques uns l'épreuve du traitement médical avant de décider le malade à subir une intervention chirurgicale qui peut se révéler inutile, ou même nuisible lorsqu'il s'agit d'une autre affection ou d'une affection d'un organe voisin.

Nous ne sommes pas d'accord sur cette distinction en deux cas dont l'un comporte un examen radiologique tandis que l'autre n'en nécessite pas. Nous estimons que les examens complémentaires sont nécessaires dans les deux cas - même si la douleur provoquée apparaît de siège certain.

D'ailleurs les contradictions des auteurs sont nombreuses à ce sujet : par exemple RUDLER dans son article de l'Encyclopédie Médico-chirurgicale ne conseille l'examen radiologique que s'il n'existe pas de point douloureux net, et d'autre part, il admet que le meilleur signe direct d'appendicite chronique est la douleur provoquée par la pression sur le bord interne du coecum - sous écran - ce qui est nettement contradictoire.

II) DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Le diagnostic d'une affection des organes éloignés ou des organes voisins a été examiné au Chapitre II.

C H A P I T R E Q U A T R E

LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

CHOIX de la méthode d'examen radiologique
dans l'appendicite chronique

HISTORIQUE : Voie haute et lavement opaque :

Le choix d'une méthode d'examen radiologique a suscité beaucoup de controverses dès le début de l'ère radiologiques entre les tenants de l'examen par voie orale et les partisans de la voie rectale.

BAUMEL J (Diagnostic clinique et radiologique des appendicites chroniques - Archives Mal. App. Digestif Mai 1926) affirme que le lavement opaque n'offre aucun intérêt pratique pour l'étude de l'appendice.

LAMARQUE P. (Le diagnostic radiologique dans l'appendicite chronique - Montpellier Médical 15 Mars 1932) considère le lavement comme une très mauvaise méthode d'examen, avec, cependant, quelques restrictions :

" L'exploration de l'appendice doit être pratiquée par voie d'ingestion. Sur ce point, à part de très rares exceptions, il n'y a pas de voix discordante : pour voir un coecum et un appendice, il faut faire absorber un repas opaque."

Certains rejettent systématiquement l'emploi du lavement opaque. D'autres adoptent une position intermédiaire comme PODESTA.

" Nous reconnaissons, avec les adversaires du lavement opaque, que l'exploration de la région appendiculaire, uniquement basée sur l'examen par voie ascendante, n'a aucune valeur.

Mais nous ne dénierons pas, au lavement opaque, tout avantage, lorsque celui-ci vient compléter un examen par voie descendante." (PODESTA - La valeur de l'examen radiologique de l'appendicite - Radiol. Med. Février 1928)

EXAMEN EN COUCHE MINCE :

Cependant, à partir de 1931, KADENKA va faire paraître ses travaux sur l'utilisation de la méthode de la couche mince pour l'examen du colon. (KADENKA - De l'examen radiologique du caecocolon inférieur au cours de l'appendicite chronique - Examen en couche mince - Bulletin Société Radio - JUIN 1932)

MAINGOT - SARRASIN et DUCLOS publient leur ATLAS. (Exploration radiologique des côlons et de l'appendice au moyen des solutions flocculantes - Masson & Co - 1935)

Depuis cette époque, il ne semble pas que cette méthode d'examen se soit développée, mais, au contraire, qu'elle soit de plus en plus négligée.

AUTRES TECHNIQUES :

Diverses autres techniques ont eu une certaine vogue, pendant un temps, puis ont été abandonnées par la suite. C'est le cas, par exemple, de l'emploi de purgatifs ou laxatifs huileux ou salins - de l'adjonction de chlorure de magnésium dans la bouillie opaque.

Cependant, il n'est peut-être pas inutile de rappeler que deux méthodes peuvent être employées pour l'étude du transit et spécialement de l'iléon, car elles peuvent encore rendre service dans certains cas.

Nous voulons parler :

1°) De l'ingestion d'une seule dose de bouillie opaque avec examens en série toutes les demi-heures, comme le préconise J. BAUMEL. (Le démembrement de l'appendice chronique - MONTPELLIER Médical - Avril 1953)

C'est en somme une technique identique qui a été employée pour l'examen du grêle par CHERIGIE.

Les films successifs montrent le jéjunum, l'iléon et surtout, permettent de surveiller le remplissage de l'iléon terminal avec prise de films en série pour étudier la dernière anse iléale.

Dans certains cas, lorsque la dernière anse iléale semble anormale, on fera absorber un verre d'eau glacé ou de lait glacé: on arrivera de cette façon à distinguer les images fonctionnelles de celles dues à des lésions organiques.

On pourra y adjoindre la prostigmine intra-veineuse lorsque des images coecales ou cœliques paraîtront anormales.

2°) De la méthode du double repas préconisée par HAUDEK. Celui-ci donnait deux repas successifs à 6 heures d'intervalle, de façon à opacifier le côlon avec d'examiner l'estomac.

Une variante pourra rendre service lorsque le malade est éloigné : elle permettra de raccourcir l'étude du transit et de la limiter à une seule journée.

Elle consiste à donner une dose opaque la veille de l'examen, avant le repas du soir et de voir l'estomac le lendemain à jeun.

Le procédé a l'avantage d'être plus physiologique, puisque la prise des doses opacifiantes coïncide avec les repas habituels : il permet donc de se rendre compte du fonctionnement réel de l'estomac et notamment de l'existence fréquente d'un spasme pylorique tardif avec stase iléale pendant la nuit, comme il arrive souvent chez les cœlitiques.

En outre, le côlon sera mieux opacifié dans tous ses segments que lorsque l'ingestion se fait seulement 6 heures auparavant.

Lorsqu'il est possible de revoir le malade le lendemain, on peut suivre le transit colique pendant 48 heures. On peut, de cette façon, surveiller l'exonération intestinale en dehors de la prise de laxatifs - ceci étant rarement obtenu chez les constipés habituels livrés à eux-mêmes.

IMPORTANCE DE L'EXAMEN CLINIQUE PREALABLE dans le choix de la méthode d'examen :

Actuellement, il nous est permis d'être éclectique dans le choix de la voie haute ou de la voie basse et même de leur combinaison puisque n'interviennent plus aucune considération d'école ou de principe, mais seulement des questions d'opportunité et d'indications cliniques.

Suivant les circonstances (malade ambulant ou hospitalisé) temps disponible - cas clinique - nous serons conduits à commencer l'examen directement par lavement opaque ou préférer le transit.

Les renseignements fournis par le malade, par le médecin traitant, complétés par l'examen clinique sommaire préalable à tout examen radiologique permettront, la plupart du temps, de faire ce choix.

Dans certains cas, il sera imposé par les circonstances: enfant indocile - par exemple malade éloigné ne disposant pas du temps nécessaire pour un examen complet - réponse rapide indispensable.

Tous ces cas seront une indication pour adopter d'emblée le lavement opaque.

De même, lorsque l'examen clinique fera suspecter l'existence d'un dolichocôlon car seul, le lavement baryté permet de le mettre en évidence de façon nette.

Par contre, lorsque l'examen clinique ne donnera que des renseignements vagues, il sera formellement indiqué de procéder à un examen extrêmement complet.

CHOLECYSTOGRAPHIE SYSTEMATIQUE :

Actuellement, la cholécystographie systématique par voie orale est souvent préconisée.

La simplicité de la préparation rendue possible par les produits tétraiodés permet de prescrire la dose opacifiante dès la prise du rendez-vous et de commencer l'examen dès le lendemain en cas de nécessité.

Il est intéressant, dans bien des cas, d'adopter cette technique. Il en résulte des avantages certains : raccourcissement de la durée de l'examen complet, meilleure tolérance chez les colitiques qui supportent mal l'imprégnation iodée et dont les réactions sont calmées par l'ingestion du repas baryté - découverte toujours possible de calculs biliaires, notamment chez les femmes, mise en évidence d'une dystonie biliaire.

Le diagnostic différentiel sera facilité dans bien des cas obscurs par cette pratique de la cholécystographie systématique d'emblée : soit que la vésicule paraisse à l'origine du processus pathologique - soit qu'elle ne fasse qu'y participer secondairement.

EXAMEN DES ORGANES ELOIGNES :

Dès le début de l'examen, il faudra d'abord examiner méthodiquement tous les organes, même les plus éloignés en apparence : poulons, foie et vésicule biliaire, rate, colonne vertébrale, abdomen à vido, reins.

Rien ne peut remplacer, à ce point de vue, l'examen radioscopique : en quelques minutes, il peut donner des renseignements précieux.

Un simple coup d'oeil permet de vérifier l'intégrité des poulons et des plèvres, d'apprécier l'importance et la localisation de l'aérocôlie (dolichocôlon) d'observer des plages claires anormales (iléon et grêle) ou des niveaux liquides (subocclusion).

Les dimensions du foie et de la rate seront assez souvent faciles à discerner et compléteront les données de la palpation.

En combinant la palpation bimanuelle en position verticale à l'examen radioscopique, on découvrira souvent une ptose rénale droite plus ou moins douloureuse.

On ne manquera pas de la rechercher chez les femmes longilignes, à thorax étroit et allongé, à scoliose dorso-lombaire plus ou moins accentuée.

Il est très fréquent, par exemple, de constater l'existence de malformations côliques chez les scoliotiques.

DIAGNOSTIC différentiel de l'appendicite chronique
par l'examen radiologique

C'est alors qu'on entreprendra l'examen radiologique proprement dit, organe par organe.

VESICULE BILIAIRE :

Si le malade a été préparé pour la cholécystographie par voie orale, on fera rapidement un film d'ensemble en position verticale, puis un film avec compression.

On recherchera la sensibilité et la mobilité, après repérage radioscopique de la vésicule.

Cet examen étant négatif, il convient alors d'examiner sans plus attendre le transit gastro-intestinal.

Mais, si, par exemple, l'on est en présence d'une vésicule atone et fortement colorée, il est nécessaire dans ce cas, de poursuivre l'examen par la prise du repas de BOYDEN avec étude de l'évacuation suivant les règles habituelles.

Evidemment, on sera souvent obligé de remettre au lendemain l'étude du transit, car la prise du repas de BOYDEN, lorsqu'il est mal toléré, d'évacuation lente, ne rend guère possible, l'examen correct de l'estomac et du bulbe le même jour.

ESTOMAC ET BULBE DUODENAL :

Par contre, dans les cas simples, l'opacification de la vésicule permettra dans la même séance, d'étudier ses rapports avec le bulbe duodénal dans toutes les positions, ce qui peut être intéressant dans les périviscérites non seulement de l'étage supérieur, mais aussi de l'étage inférieur.

Quant à l'estomac et au bulbe, ils seront examinés soit rapidement, soit en détail, suivant les premières constatations.

Un antipéristaltisme duodénal, un reflux gastrique anormal, une évacuation retardée ou insuffisante nécessiteront un examen soigneux et des films bulbaires en série dans les positions verticale et horizontale pour éliminer toute suspicion d'ulcération bulbaire ancienne ou récente.

GRÊLE ET ILEON TERMINAL :

L'examen du grêle et de l'iléon avec prise de films en série suivant la technique préconisée par J. BAUMEL et CHERIGIE nécessite un temps considérable : il sera donc réservé aux cas particulièrement suspect de lésions iléales qui sont d'ailleurs relativement rares.

Par contre, il sera indiqué dans tous les cas, de surveiller l'arrivée de la tête du repas opaque dans la dernière portion de l'iléon et le coecum, ce qui permettra d'identifier à coup sûr cette anse.

Si, par exemple, l'examen du transit est pratiqué après la 6^e heure, la différenciation entre appendice rempli et reliquat de baryte dans la dernière anse iléale pourra être très délicate.

Il sera souvent indiqué de faire un ou plusieurs films au moment du passage dans le coecum pour identification ultérieure des éléments du carrefour inférieur, et surtout, pour faciliter le diagnostic d'une des affections soit de l'anse iléale (maladie de CROHN- Tuberculose iléo-coecale) soit du coecum (périviscérite iléo-coeco-appendiculaire- bride de LANE, membrane de JACKSON).

COLON DROIT :

L'arrivée de la tête du repas opaque ayant été vue nettement, il est possible d'attendre la 6^{ème} heure pour revoir le malade.

A ce moment, sauf cas spécial, le côlon droit est rempli en entier et souvent la portion droite du transverse.

La réplétion du côlon en entier serait signe d'une accélération nette de l'évacuation dont il faudrait rechercher l'origine : gastrique, duodénale ou grêle.

COECUM :

L'iléon terminal sera revu s'il est encore rempli et ses rapports étudiés avec le coecum.

Le côlon droit et le coecum seront examinés dans toutes les positions sur une table basculante facile à manœuvrer. La position de TRENDELLENBURG est, en effet, indispensable lorsqu'il s'agit de coecum bas situé, enclavé dans le petit bassin.

L'exécution d'un calque en position verticale et dans le décubitus permettra de schématiser la mobilité du coecum, la fixation haute de l'angle cœmique droit - les divers accollements susceptibles d'être relevés, soit au niveau du carrefour inférieur, soit dans le transverse droit.

Lorsqu'il s'agira de positions anormales du coecum - de fixation de l'anse iléale - de côlon droit difficile à isoler, il sera préférable de faire des films d'ensemble en station verticale et dans le décubitus.

Souvent, la forme du côlon droit (côlon en escalier - coecum inversé, etc..) sera plus facile à percevoir dans les positions obliques et même franchement de profil : la radiographie de profil sera facilitée par le centrage radioscopique préalable.

La palpation sous écran sera indispensable : elle seule peut renseigner sur le degré exact de mobilité, sur les rapports entre les diverses anses, la douleur provoquée.

L'usage du distinetur permettra la recherche du point douloureux sans risque pour l'opérateur.

CARREFOUR ILEO-COECAL :

L'examen du cœcum et du côlon droit sera très poussé lorsqu'on recherchera les périviscérités iléo-cœco-appendiculaires - les épiploïtes - les syndrômes mécaniques de la fosse iliaque droite - les anomalies congénitales des divers segments coliques.

Certains cas nécessiteront l'adjonction d'autres techniques : par exemple la tuberculose iléo-cœcale - les tumeurs de la fosse iliaque droite, les tumeurs rénales droites.

Il faudra utiliser soit le lavement opaque suivi d'insufflation - soit l'injection intra-veineuse de prostigmine - avec compression par ballon - soit la pyélographie ascendante ou l'urécographie intra-veineuse.

Chez la femme, le diagnostic souvent difficile entre appendicite et annexite droite sera facilité par l'hystérogaphie.

ANGLE COLIQUE DROIT :

L'interposition hépato-diaphragmatique du côlon droit nécessitera divers examens complémentaires (lavement opaque, insufflation, cholécystographie).

Cf POIROT - Quelques cas d'interposition hépato-diaphragmatique du côlon - Bulletin Sté Radiologie - Juillet 1939.

COLON GAUCHE :

Dans la majorité des cas, il suffira du même examen ou tout au moins du même jour, pour avoir une vue d'ensemble du côlon et suivre le transit de façon convenable.

L'on pourra apprécier ainsi l'existence soit d'une accélération, soit d'un retard du transit ainsi que son origine.

Diverses images pour un œil exercé sont symptomatiques de cette origine : aspect spasmodique des côlites-aérocôlie gauche - atonie droite avec remplissage tardif gauche des constipations - plage anormale de clarté gauche indiquant la possibilité d'une anse anormale ou d'un dolichocôlon.

Cependant, il sera indiqué dans bien des cas de revoir plusieurs fois le malade à 24 heures d'intervalle en lui recommandant de s'abstenir de tout laxatif.

Il sera ainsi possible d'apprécier la persistance d'une stase iléale - d'un appendice restant opacifié très longtemps - et surtout les retards d'évacuation du côlon droit chez les constipés atones ou chez les spasmodiques avec sigmoïde douloureux.

Les périviscérités gauches seront étudiées de cette manière de façon beaucoup plus exacte que par lavement.

Bien entendu, on complètera cet examen par un lavement baryté avec insufflation lorsqu'il s'agira de dolichocôlon.

EXEMEN RADIOLOGIQUE DE L'APPENDICITE

Les signes radiologiques de l'appendicite chronique ont fait l'objet de très nombreuses publications et surtout de controverses dont l'intérêt semble bien réduit actuellement.

Nous nous proposons d'essayer de clarifier la technique en ne retenant que les signes les plus nets, et surtout en les classant de façon synoptique.

Il faut noter tout d'abord combien il est rare de constater chez le même malade l'ensemble des signes pathognomoniques dont l'abondance a provoqué un scepticisme peut-être exagéré.

Comme exemple de signe discutable, nous prendrons celui de BRODIN : spasme du gonu inférieur avec arrêt duodénal de la bouillie barytée plus ou moins prolongé.

Or, sur 3 ou 400 observations de cas non améliorés par l'appendicectomie recueillis dans une consultation de Gastro-Intérologie, nous notons la persistance de ce spasme après l'opération dans un tiers des cas environ.

BRODIN (Appendicite chronique - Archives Mal. App. Dig. Nov. 1951- P. 4017) - l'explique par la persistance des adhérences à point de départ appendiculaire après l'opération, ce qui semble difficilement vérifiable dans tous les cas.

Malgré l'abus évident des signes radiologiques de l'appendicite chronique - surtout des signes indirects - nous croyons cependant à l'intérêt d'un signe bien net et de constatation aisée dans les cas de diagnostic particulièrement difficile.

En étudiant les spasmes du cœcum et du côlon ascendant décrits par BORCESCO - M. POIROT a constaté que la méthode de GALLY et JACQUET (recherche par simple pression du disticteur sur la région douloureuse) manquait dans certains cas de précision.

Si l'on y substitue la pression digitale très appuyée sur le point douloureux bien localisé - cette manœuvre fait alors apparaître des spasmes plus caractéristiques.

Ces spasmes sont plus ou moins accentués et persistants (de quelques minutes à près d'un quart d'heure) suivant les cas et l'intensité de la douleur provoquée par la pression.

CLASSIFICATION DES SIGNES :

Nous distinguerons deux cas principaux :

1°) Ceux dans lesquels l'appendice est visible :

2°) L'appendice n'est pas visible :

Dans le premier cas, nous rechercherons facilement les signes directs sur l'organe lui-même, qui, lésé, voit son aspect subir des modifications organiques.

Dans le second cas, les signes directs ne peuvent être recherchés : il faudra donc utiliser les signes indirects qui révèlent un trouble fonctionnel ou une réaction de l'organe examiné sur les organes voisins.

TABEAU SYNOPTIQUE

Voici le tableau synoptique de classement des signes :

- 1er cas : l'appendice se voit - Présence de signes directs.
- 2° cas : l'appendice est visible - Spasmes à distance par pression non localisée
- 3° Cas : Appendice visible - Spasmes par pression localisée à l'appendice douloureux.
- 4° cas : L'appendice n'est pas visible . Spasmes sans pression.
- 5° Cas : Appendice non visible. Spasmes par pression localisée au point douloureux.
- 6° Cas : Appendice non visible. Spasme fixe.
- 7° cas : Appendice non visible. Absence de spasme par pression au point douloureux.
-

Ier CAS : L'Appendice se voit
Présence de signes directs

La visibilité complète de l'appendice permet-elle de conclure à l'intégrité de l'appendice, soit à l'origine de l'affection ?

Ce n'est pas certain, comme nous allons le voir. Nous allons étudier :

- a) La visibilité de l'appendice et sa perméabilité
- b) Son remplissage
- c) Sa forme et ses dimensions
- d) Les corps étrangers intra-appendiculaires.
- e) Sa mobilité
- f) La recherche du point douloureux.

a) : VISIBILITE DE L'APPENDICE :

Elle dépend de deux facteurs : la perméabilité de l'appendice et la technique de l'examen.

Il arrive fréquemment que le lavement opaque ne montre pas l'appendice tandis que le repas opaque le met en évidence, quelquefois après 24 heures seulement.

b) : LE REMPLISSAGE :

L'observation du mode de remplissage n'est guère possible qu'avec le lavement opaque.

On peut voir l'appendice s'injecter et s'évacuer et même se laisser distendre par l'insufflation.

La stase appendiculaire prolongée pendant plus de 24 heures est en faveur d'une lésion inflammatoire gênant l'évacuation.

c) FORME ET DIMENSIONS :

Un appendice très long ou très large est-il nécessairement pathologique ?

Voici à ce sujet quelques observations :

OBSERVATION 1 : Mme C.. 30 ans

Appendice très long enroulé en anneau, douloureux. Cependant, il ne présente pas de lésion à l'opération.

OBSERVATION 2 : Mr BF... 30 ans

Appendice enroulé en 8 de chiffre, fragmenté, avec image de corps étranger peut-être stercoral - non douloureux.
Dolichocôlon descendant.
Pas de modification de la formule sanguine
Pas opéré.

OBSERVATION 3 : Mr BREIT : 40 ans.

Déssection gastrique un an auparavant - crises de subocclusion.

Fonctionnement satisfaisant de l'anastomose.

Côlon transverse fixé très haut avec boucle du descendant.

L'appendice est très volumineux, non douloureux, mobile, avec une dilatation de la dernière anse iléale.

Pas opéré.

d) CORPS ETRANGERS INTRA-APPENDICULAIRES :

La radiographie peut mettre en évidence des images plus ou moins opaques paraissant intra-appendiculaires : grains de plomb coprolithes rendus visibles par l'enrobage d'une mince couche de produit opaque colloïdal - etc...

OBSERVATION 4 - Mme M.... 25 ans.

Malade longiligne avec troubles gastriques - gros bulbe sans image de lésion ulcéreuse - ptose du rein droit - côlon allongé.

Appendice replié en crochet avec corps étranger ovalaire, légèrement douloureux.

Pas d'hyperleucocytose (Globules blancs = 4.625)
Légère polynucléose (71 % dont 2 % d'éosinophiles)
A été opéré.

e) MOBILITE :

Il semble que si l'appendice est fixé, soit en entier, soit vers sa pointe, aucun doute ne soit possible sur la nécessité de l'intervention.

Voici cependant l'observation d'un malade qui n'a pas été amélioré par celle-ci.

OBSERVATION 5 : Mme C. 33 ans :

Appendice complètement déroulé, très allongé, fixé vers le sigmoïde transversalement, mais ne paraissant pas très douloureux.

Sigmoïde anormal en V sur la ligne médiane.

Vésicule biliaire fixée par péricholécystite ancienne à la face inférieure du foie.

Opérée sur les conclusions radiographiques, mais non amélioré.

Par contre, le malade de l'observation suivante, qui se présentait cliniquement comme un ulcéreux duodénal et dont l'appendice était fixé transversalement, a été complètement guéri par l'appendicectomie.

OBSERVATION 6 : M. P. 36 ans.

Légère déformation de la portion moyenne du bulbe duodénal allongé avec dilatation du récessus inférieur.

Appendice déroulé, volumineux, allongé transversalement avec pointe fixée vers la ligne médiane - légèrement douloureux
Hyperleucocytose légère (7.400 globules blancs)
Polynucléose nette : 75 % dont 3 % d'éosinophiles.

OBSERVATION 7 : M. M.P. 45 ans

Pas d'autre signe qu'un point douloureux latéral gauche, probablement cœlique.

Appendice très long, mais mobile et tantôt vertical, tantôt transversal, sans relation avec le point douloureux fixe à gauche.

Pas opéré.

OBSERVATION 8 : Enfant N.J. 5 ans.

Crises douloureuses avec douleur dans la fosse iliaque droite, mais aussi gauche, sans température et sans résistance à la palpation.

Ni le transit, si le lavement baryté ne montrent d'invagination soit iléale, soit cœlique.

EXAMEN DU SANG : Globules blancs : 3.700
 Polynucléaires neutrophiles = 43 %
 Mononucléaires = 6 %
 Petits lymphocytes = 5 %
 Grands lymphocytes = 46 %

Donc, anomalie congénitale : dochichosigmoïde et dolicho-appendice avec crises douloureuses d'origine cœlique probable.

Sera donc opéré, pour éliminer l'éventualité d'une crise appendiculaire d'origine mécanique possible.

f) RECHERCHE DU POINT DOULOUREUX :

Après avoir fait l'objet de maintes discussions, il semble généralement admis qu'il doit être repéré par un moyen quelconque (index opaque - distincteur - doigt du malade) puis confronté avec l'image de l'appendice dans toutes les positions.

Cependant, il nous paraît utile d'insister sur l'intérêt majeur de ne pas employer d'emblée une palpation trop brutale qui risquerait de modifier complètement l'aspect du cœcum et de déterminer l'évacuation de l'appendice.

2° CAS : L'appendice est visible
Spasmes à distance par pression
non localisée

SIGNES DIRECTS :

L'appendice visible présente un signe direct (P. Ex. mobilité limitée - douleur localisée, etc...)

SIGNES INDIRECTS :

Spasmes à distance par pression large de la fosse iliaque

a) Spasmes iléo-coecaux

(JACQUET et GALLY - P.M. N° 21 - 14 Mars 1931)

b) Spasmes cœliques de BORCESCO

c) Retard de l'évacuation iléale et stase iléale

(J. BAUTEL et ROUX - Archives Mal. tube digest. N° 9
Nov. 1932)

d) Spasme pylorique réflexe.

OBSERVATION 9 : M. P.E. 37 ans

Point douloureux paraissant bulbaire, mais en réalité correspondant à un spasme du côlon transverse droit.

Appendice replié en crochet, avec pointe externe, douloureux à la pression.

A l'opération : appendice long, rempli de petits calculs stercoraux.

OBSERVATION 10 : Mme G.

L'appendice se voit, transversal, fixé en arrière de la dernière portion de l'iléon.

Spasme iléo-coecal de Varole.

Spasme coeco-ascendant total de BUSSY

Appendice adhérent à l'opération.

OBSERVATION 11

Appendice irrégulièrement rempli, fragmenté, replié.

Retard prolongé de l'évacuation.

Spasme sus-coecal profond de BORCESCO.

Spasme coeco-ascendant total de BUSSY

Opérée.

OBSERVATION 12 : M. JOL. Marcel.

SIGNES DIRECTS :

Appendice très légèrement visible sur le film, replié et enroulé avec vacuoles, d'aspect moniliforme.

Nettement douloureux.

SIGNES INDIRECTS

Spasme pyloro-duodénal du début de l'examen, s'atténuant ensuite avec bulbe allongé mais sans image ulcéreuse.

Spasme iléo-coecal considérable, avec grosse dilatation de la dernière portion de l'iléon.

Spasme transverse droit de CANNON.

EXAMEN HEMATOLOGIQUE :

Légère hyperleucocytose (6.975 Gl. Bl.)

Mononucléose (36 %)

A été opéré.

3° CAS : L'appendice se voit :
La pression localisée déclenche ses
spasmes à distance.

Dans ces cas, le signe décrit est très facile à mettre en évidence.

Il est vrai que les signes directs (douleur localisée à l'appendice, etc...) suffisent déjà la plupart du temps à établir le diagnostic d'appendicite, que confirme nettement l'examen hématologique.

D'ailleurs, il s'agit souvent plutôt d'appendicite subaiguë que d'appendicite chronique.

OBSERVATION I3 : Mme P2. Louise 40 ans (Fig. I et 2)

Appendice dilaté, vacuolaire, mobile cependant, mais douloureux à la pression.

Spasme médio-coecal de BORCESCO et coeco-ascendant de BUSSY déclenchés par la pression sur l'appendice : la persistance du spasme permet de faire des radiographies démonstratives avant et après pression.

Celles-ci montrent très clairement les spasmes profonds et persistants qui continuent pendant une dizaine de minutes.

On les retrouve, le lendemain, avec la même intensité.

EXAMEN HEMATOLOGIQUE

Globules blancs : 6.950

Polynucléaires neutrophiles : 68 %

Polynucléaires éosinophiles : 4 %

Lymphocytes : 10 %

Moyens mononucléaires : 17 %

Grands mononucléaires : 1 %

Faible hyperleucocytose, mais polynucléose nette.

A l'opération : appendice avec calculs stercoraux - nettement inflammatoire.

OBSERVATION I4 : Mme MA. 35 ans (Fig. 3)

Appendice dilaté en doigt de gant à la base, nettement douloureux.

Spasmes médio-coecal de BORCESCO et coeco-ascendant très accentués par la pression appendiculaire.

A été opérée.

OBSERVATION I5 : M. G.M. 30 ans

Léger antipéristaltisme dans 2° portion du duodénum.

Fixation basse du coecum avec dernière portion de l'iléon dans le petit bassin.

Même en Trendelenbourg avec compression, on n'arrive pas à isoler le coecum de l'iléon : la pression forte dégage cependant la base d'un appendice transversal, et détermine des spasmes côliques assez prolongés.

EXAMEN HEMATOLOGIQUE :

Légère hyperleucocytose (8.100 GL.BL) avec polynucléose (69 %) en faveur d'une poussée inflammatoire récente.

Opération difficile avec appendice fixé vers le petit bassin.

4° Cas : L'appendice ne se voit pas
Spasmes cœliques sans pression.

Ces cas sont généralement faciles à diagnostiquer, car il s'agit le plus souvent d'appendicitos subaigues avec hyperleucocytose et polynucléose.

OBSERVATION I6 : Socur W. 45 ans

Dilatation persistante de la dernière portion de l'iléon de même volume que le coecum et le côlon ascendant dont il est difficile de la distinguer.

L'ensemble est mobile, mais très douloureux.

Il s'agit d'une malade très amaigrie, avec étirement médio-gastrique considérable, revue par la suite avec un ulcus angulaire de la petite courbure.

Le côlon ascendant est couché obliquement dans la fosse iliaque droite et le transverse, très allongé, ne s'opacifie que très tardivement.

EXAMEN HEMATOLOGIQUE :

Globules blancs :	7.050
Polynucléaires neutrophiles :	71 %
Polynucléaires éosinophiles :	4 %
Polynucléaires basophiles :	1 %
Lymphocytes :	3 %
Moyens mononucléaires :	16 %
Grands mononucléaires :	5 %

Pas d'hyperleucocytose, mais très forte polynucléose.

Malade opérée d'abord d'appendicectomie, puis ensuite, après 4 ans, pour gastrectomie.

OBSERVATION I7 : Mlle B. Huguetto I7 ans.

Crises douloureuses tous les 6 mois environ, avec douleur diffuse le long du côlon droit.

Retard d'évacuation de l'iléon spasmodique, mobile avec le coecum.

Spasmes étagés sur le côlon ascendant, exagérés par la pression large le long du bord interne, sans localisation bien précise.

EXAMEN HEMATOLOGIQUE :

Globules blancs =	10.375
Polynucléaires =	74 % dont 5 % d'éosinophiles
Mononucléaires =	26 %

Forte hyperleucocytose avec polynucléose et éosinophilie.

L'appendice est trouvé très enflammé à l'opération.

OBSERVATION I8 : M. R. André - 25 ans.

Douleurs depuis 5 ou 6 ans par périodes, exagérées par la marche, vers la fosse iliaque droite.

Bulbe duodénal régulier, stagnation peu prolongée vers D.2

Appendice non visible, mais nettement douloureux en station verticale avec spasmes cœliques et coeco-cœliques étagés.

Hyperleucocytose (9.075 GL.BL) et polynucléose (74 %)

A été opéré et guéri.

5° CAS : L'appendice ne se voit pas.

Spasmes cœliques exagérés par la pression localisée au point douloureux.

Ce sont les cas les plus favorables à l'application de la méthode proposée.

Celle-ci permet un diagnostic précis et rapide, vérifié par les constatations opératoires et concordant avec les conclusions de l'examen hématologique.

Et cependant, il s'agit souvent de cas difficiles : il n'existe comme signe direct que le point douloureux et souvent, peu de signes indirects.

C'est pourquoi l'apport de ce signe nous paraît particulièrement précieux.

Le point douloureux est-il appendiculaire ou cœlique ? S'il est cœlique, la pression bien localisée ne produira pas de spasme.

Donc la constatation du signe permet de conclure à l'origine appendiculaire certaine.

OBSERVATION 19 : M. ME Georges - 30 ans (Fig. 4 et 5)

Perforation gastrique opérée pendant sa captivité.
Premier examen en 1948 avant résection gastrique.
Persistance des douleurs après résection : un deuxième examen ne montre qu'une torsion de l'angle splénique.
Un troisième examen attire l'attention sur l'appendice : celui-ci n'est visible qu'à sa base et semble nettement douloureux.

Mais surtout la pression appuyée exagère nettement les spasmes déjà existants sur le cœcum et le côlon ascendant.

Un spasme coeco-ascendant de FUSSEY est particulièrement net.

EXAMEN HEMATOLOGIQUE :

Hyperleucocytose (8.900 Gl. Bl.) sans modification bien sérieuse de la formule leucocytaire (Poly = 64 % - Monos. = 36%)

A été réopéré avec disparition de la douleur.

OBSERVATION 20 : M.B. René , 27 ans (Fig. 6)

Signes cliniques et radiologiques gastriques prédominants.
Diagnostic différentiel avec une ulcération duodénale ancienne, délicat par suite de l'absence d'image bulbaire caractéristique.

Le cœcum est difficile à isoler : il est situé probablement en position latérale externe avec un point douloureux paraissant correspondre à un appendice rétro-coecal non visible.

Mais la pression au point douloureux déclenche un spasme de CANNON très net au niveau du transverse droit.

D'autre part, l'examen du sang est en faveur d'une appendicite subaiguë.

Globules Blancs	9.250
Polynucléaires neutrophiles :	74 %
Polynucléaires éosinophiles :	8 %
Polynucléaires basophiles :	1 %
Lymphocytes	8 %
Moyens mononucléaires	6 %
Grands mononucléaires	3 %

Forte hyperleucocytose avec polynucléose.

A l'opération :

Appendice retro-cœcal adhérent.

OBSERVATION 21 : M.K. Henri 29 ans (Fig. 7)

Point douloureux net de la région iléo-cœcale.

La pression au point douloureux détermine un spasme profond de BUSSY à la partie supérieure du côlon ascendant, surtout marqué dans la station verticale et dans le décubitus latéral gauche.

Pas d'examen hématologique : a été opéré.

OBSERVATION 22 : Mme L. Léa - 36 ans (Fig. 8)

Dans certains cas, la pression au point douloureux, souvent découvert fortuitement, détermine de grandes contractions avec spasmes s'étendant sur tout le segment cœlique, comme chez cette malade, envoyée pour une cholécystographie.

Vésicule biliaire mal imprégnée, mais sans calcul visible et peu douloureuse.

Par contre, le transit permet de trouver un point très douloureux, dont la situation par rapport au cœcum est difficile à préciser.

En effet, le côlon ascendant est très court, fortement enroulé : le cœcum est probablement replié vers le haut, tandis qu'au contraire, le transverse droit est fixé vers le bas.

La dernière portion de l'iléon remonte très au-dessus du transverse droit.

Les éléments de la région iléo-cœcale sont donc particulièrement difficile à identifier et à suivre.

Mais surtout la pression du point douloureux détermine une grande contraction avec passage d'une onde de forte amplitude s'étendant du côlon ascendant au transverse, bien visible sur le film.

Pas d'examen hématologique.

A été probablement opérée.

OBSERVATION 23 - M.B. Armand - 35 ans

Suspect d'ulcération duodénale.

Bulbe allongé, sans déformation.

Pas de douleur à la palpation dans le décubitus.

Côlon ascendant très court, avec transverse droit replié en crochet vers le cœcum.

Brusquement, la pression de la région iléo-cœcale derrière l'écran, en position verticale détermine de violentes contractions cœliques avec lipothymie et chute sur la tête, mettant fin à l'examen.

6° Cas : Spasme fixe - non influencé
par la pression.

Un spasme fixe et persistant situé soit sur le cœcum soit vers le côlon ou encore sur la dernière portion de l'iléon n'est pas forcément un signe obligatoire d'appendicite, comme le pensait BORCESCO.

Il peut être par exemple d'origine bacillaire ou même parasitaire (amibiase)

Nous en donnerons comme preuve une observation d'un spasme sus-coecal persistant après appendicectomie très ancienne datant de 10 ans.

OBSERVATION 24 : Mme F. Alice - 29 ans.

Appendicectomie il y a 10 ans. Troubles digestifs intermittents depuis cette époque.

Hémoptysie 3 ans après l'examen.

Actuellement : Lésions d'infiltration bacillaire calcifiées au voisinage de la scissure supérieure droite.

Léger antipéristaltisme duodénal (signe de BRODIN)

Spasme sus-coecal profond, persistant, non exagéré par la pression, sans douleur bien nette d'ailleurs.

Pas de modification de la muqueuse cœcale ou côlique, ascendante permettant de suspecter une lésion bacillaire.

Il existe des signes de cœlite banale avec vésicule biliaire bien opacifiée, mais un peu douloureuse à la pression.

Un traitement diathermique pratiqué antérieurement à l'examen n'avait pas amené d'amélioration.

7° CAS - Absence de signes directs; sauf la douleur
Pas de spasme par pression au
point douloureux.

Ce sont des cas de diagnostic particulièrement difficile: il s'agit le plus souvent de déterminer s'il s'agit d'une appendicite ou d'une annexite droite.

Lorsque le signe décrit est absent, on peut en conclure qu'il s'agit bien d'une annexite.

OBSERVATION 25 : Mlle K. Paulette - 18 ans

Dysménorrhée mais aussi troubles coliques.

Point douloureux à la pression au niveau du cœcum en position de décubitus dorsal, moins net en position latérale gauche.

Annexes droites douloureuses au palper.

EXAMEN RADIOLOGIQUE :

Côlon spasmodique avec fixation haute de l'angle sous-hépatique sans douleur à la palpation de la vésicule biliaire.

Pas de spasme par pression le long du cœcum : l'appendice n'est pas vivible.

EXAMEN HEMATOLOGIQUE :

Pas de modification de la formule sanguine.

Elobules blancs : 5.200

Polynucléaires neutrophiles = 60 %

Polynucléaires éosinophiles = 2 %

Mononucléaires = 38 %

L'absence du signe permet de conclure à l'existence d'une annexite droite sans appendicite et de conseiller l'expectative.

OBSERVATION 26 : Mme M. Marthe 24 ans

Accouchement datant de 6 mois avec curetage.

Douleur de la fosse iliaque droite à la palpation ainsi qu'au toucher vaginal.

Cœcum très difficile à isoler de la dernière portion de l'iléon fixée vers le petit bassin.

Spasme étendu sur le transverse droit.

En Trendelenbourg, avec compression, on arrive à dégager un appendice transversal, peu mobile : la pression appuyée sur son trajet ne détermine pas de spasme.

Pas d'hyperleucocytose, mais seulement une forte lymphocytose.

Un traitement d'ondes courtes vaginales et de Benzo-Gynœstryl n'est suivi d'aucune amélioration.

Par contre, une cure à LUXEUIL détermine une guérison complète avec retour de règles normales.

OBSERVATION 27 - Mme BR. Solange 25 ans - Un enfant de 15 mois.

Diagnostic difficile entre appendicite-annexite droite et cœlite segmentaire.

Cœcum bas situé, se laissant difficilement dissocier de l'iléon terminal avec spasme sus-coecal, après 24 heures.

La douleur paraît bien siéger sur le cœcum.

Le spasme est exagéré par la pression du cœcum lui-même et s'étend sur une longueur de 3 à 4 centimètres.

L'ensemble du côlon et du cœcum est mobile surtout en dénubitus.

L'appendice n'étant pas visible et le spasme paraissant bien cœlique ne permet pas de conclure à l'origine appendiculaire.

CHAPITRE CINQ

L'EXAMEN HEMATOLOGIQUE

EXAMEN HEMATOLOGIQUE

=====

I) HISTORIQUE :

L'examen du sang a été préconisé par Ed. ANTOINE et CASPERIN dans la Gazette des Hopitaux (N° I - 3 Janvier 1922) en un article intitulé : L'hématologie et le diagnostic des affections gastro-intestinales.

Dans son livre : les appendicites chroniques - Ed. ANTOINE affirme que les plus grands chirurgiens de l'époque, comme les professeurs GOSSET et LARDENNOIS, faisaient toujours pratiquer une numération globulaire, avec formule leucocytaire avant d'opérer leurs malades.

Cependant, dans les travaux parus ultérieurement, il n'est guère fait mention de l'examen hématologique.

J. DUHAMEL dans son article : les fausses appendicites (Monde Médical - Mars-Avril 1952) dit ceci : "La numération, montrant une légère leucocytose, avec parfois tendance à la mononucléose est sans valeur, bien banale, en aucun cas spécifique".

RUDLER dans l'Encyclopédie médico-chirurgicale (9.066 A 10 p. 7) le mentionne parmi les examens à effectuer en ces termes : "On demandera encore une recherche de la formule sanguine. La leucocytose est fréquente au cours de l'appendicite chronique et à prédominance de mononucléaires (Ed. Antoine). La présence d'une éosinophilie sera en faveur d'une origine parasitaire."

Les avis diffèrent donc au sujet de l'intérêt de l'examen du sang dans l'appendicite chronique et il ne semble pas que la nécessité en soit admise actuellement, ni qu'il soit passé dans la pratique courante.

Ed. ANTOINE insistait sur les points suivants :

I°) Il existe bien une formule sanguine type.

Cependant, il est à noter que chez l'enfant jusqu'à douze ans, la mononucléose est de règle. A cet âge, la formule sanguine leucocytaire est composée de 50 % de polynucléaires et de 50 % de mononucléaires.

De 12 ans à la vieillesse, la formule type est la suivante :

- Globules Blancs : 5.500 à 6.500
- Polynucléaires : 65 à 67 %
- Eosinophiles : 1 à 2 %
- Mononucléaires : 32 à 34 %

2°) L'examen doit se pratiquer à jeun, le matin.

3°) La leucocytose est fréquente dans l'appendicite chronique d'emblée :

- dans 50 % des cas, elle s'élève de 6.500 à 8.000
- dans 50 % des cas, elle dépasse 8.000 et atteint 12.000 à 14.000 globules blancs.

4°) La mononucléose est constante dans l'appendicite chronique : dans les cas légers, elle atteint 40 % et dans les cas plus marqués 45 à 50 %.

5°) Au cours de l'appendicite chronique secondaire à une crise aiguë ou subaiguë, il y a toujours hyper-leucocytose avec polynucléose.

La crise d'appendicite s'accompagne toujours d'une hyperleucocytose, plus ou moins élevée : 15.000 à 20.000 globules blancs et d'une polynucléose à 75 % et même plus.

Au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la phase aiguë, leucocytose ou polynucléose s'abaissent progressivement et reviennent lentement à la normale.

CONCLUSION :

Nous retiendrons surtout l'utilité de l'examen du sang pratiqué à jeun pour dépister les appendicites subaiguës et juger du moment où elles peuvent être opérées sans danger.

Seuls seront opérés les malades ayant une leucocytose normale et une polynucléose aux alentours de 67 %. Lorsque cette polynucléose sera plus élevée, il sera indiqué d'instituer le traitement médical jusqu'à refroidissement complet.

C H A P I T R E S I X

E P R E U V E D U T R A I T E M E N T

Les avis diffèrent suivant les auteurs quant à l'utilité et aux indications du traitement médical d'épreuve considéré comme moyen ultime de diagnostic.

Voici ce qu'en disent ANTOINE et DE MARTEL dans leur ouvrage : Les appendicites chroniques - p. 170 "Tout malade atteint d'appendicite chronique doit être mis en observation un certain temps ". Un traitement contre les troubles hépato-côliques sera institué pendant quelques semaines".

Tel est également l'avis de FAROY, de JACQUELIN.

Ce n'est donc qu'après cette épreuve, si l'appendice reste douloureux, que l'opération sera formellement indiquée.

Plus récemment M. Jean BAUMEL concluait son article sur le Demembrement de l'appendicite chronique (Montpellier Médical N° 4 - Avril 1953) de la façon suivante :

" Le traitement chirurgical ne saurait être prescrit d'emblée. Même en cas d'appendicite chronique pure, il faut commencer par faire un traitement médical. Seul, l'échec de ce dernier indique l'acte opératoire, il faut y ajouter les complications mécaniques aiguës ou chroniques qui peuvent survenir. D'ailleurs dans ces conditions, ce ne sera pas toujours une appendicectomie qui le sanctionnera, on le comprend aisément. Les méthodes de court-circuitage, une résection partielle du grêle avec ou sans résection mésentérique, une hémicôlectomie même seront parfois indiquées."

Enfin, nous rapporterons l'avis de RUDLER - Encyclopédie médico-chirurgicale - 9.066 p. 7)

- "Lorsque la clinique et l'examen radiologique s'accordent pour rapporter les troubles observés à la région du cœco-ascendant, que l'examen du sang montre l'existence d'affection chronique, si les signes physiques ne sont pas assez nets pour permettre d'affirmer l'appendicite, on pratiquera l'épreuve de traitement, c'est à dire qu'on mettra en oeuvre, la thérapeutique médicale des typhlo-côlites.

Si, malgré ce traitement, les troubles persistent c'est bien l'appendicite qui est en cause, il ne reste plus qu'à opérer."

Il n'existe donc pas un signe de certitude de l'appendicite chronique : c'est sur un ensemble symptomatique que l'on doit baser sa conviction, en confrontant les résultats de l'examen clinique, de la radiologie, des recherches hématologiques, de l'épreuve du traitement, en examinant les malades à plusieurs reprises. Bien souvent, des signes très imprécis prendront un jour une netteté plus grande, traduisant une véritable poussée subaiguë."

C H A P T E R I I I

C O N T E N T S

CONCLUSIONS

Evolution des idées :

Dans ce travail, nous avons tout d'abord essayé de suivre l'évolution des idées en ce qui concerne l'appendicite chronique. Et de démontrer ensuite qu'il était tout aussi nécessaire qu'auparavant d'employer tous les moyens de diagnostic pour poser l'indication opératoire ou orienter le traitement médical.

Trépied diagnostique :

Ce diagnostic comporte un trépied indispensable :

- 1°) L'examen clinique
- 2°) L'examen radiologique
- 3°) L'examen hématologique.

Ce qui d'ailleurs n'est pas encore généralement admis.

Technique radiologique standard :

Nous avons insisté sur l'importance primordiale de l'examen radiologique, et nous avons proposé l'utilisation d'une technique standard très complète susceptible d'être employée dans la pratique journalière.

Nous avons présenté, sous forme d'un tableau synoptique les principaux groupements de signes radiologiques directs et indirects.

Signe du spasme provoqué :

Parmi ces signes radiologiques, nous avons cherché à mettre en évidence un signe particulièrement précieux dans les cas difficiles: l'apparition de spasmes coliques déclenchés par la pression localisée au point douloureux.

La confrontation de ce signe avec les résultats opératoires a montré qu'il indiquait une appendicite subaigüe et s'accompagnait de modifications de la formule hématologique.

Examen hématologique :

De nombreuses observations ont été rapportées en faveur de l'utilisation systématique de cet examen, qui n'est pas encore préconisé de façon unanime.

Vu le Doyen

L. BIHET

Vu le Président

Prof. LEMAIRE

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de PARIS

J. SARRAILLE.

B I B L I O G R A P H I E

BIBLIOGRAPHIE

- AARON : Nouveau signe d'app. Chron. (Arch. Für Verdauungskrankheiten 1913)
Chroni. Append. (Id. XIX, 344)
- ACIERMO (D') : Le symptôme "douleur" dans le diagn. de l'appen. Chron. (New-York Med. Journal, 7 Juin 1922)
- AIME (P.) : Le radio diag. de l'app. Chron. (Bull. Soc. de Rad. Med. de France, Juillet 1923)
Append. méconnues, grands et petits signes rad. (Id. Mars 1924)
Append. sous-hépat., Import. de l'Ex. rad. dans l'app. chr. (Bull. Soc. Fr. D'Electr. et Rad. Nov. 1932)
Appendicite sous-hépatique (Presse Med. Dec. 1932)
- ANTOINE (Ed.) : Diagn. de l'app. Chron. (Leçon clinique. Service Dr. Bensaude. Informat. Med. Avril 1924)
- ANTOINE (Ed.) et CASPERIN : L'hématologie et le diagn. des Aff. gast. Intest. (Gazette Hop. Janvier 1922)
- ANTOINE et DE MARTEL : Les raisons pour lesquelles on diagn. trop souvent l'app. chron. (Journal Med. Franç. Avril 1926)
Les appendicites chroniques (Ed. Sep. Paris 1933)
- ARBEIT : Syndr. Gastral. d'origine app. (Thèse. Paris 1924)
- ARMANI (Ludovico) : Sur une nouvelle méthode pour l'étude radio. de l'app. (Presse Med. Oct. 1925)
- ARNAUD-MATHIEU : Diagn. rad. de l'app. chr. (Bulletin et Mem. Soc. des Chir. de Marseille, Juil. 1932)
- ASCHOFF : Uber chronische appen. (Med. Klin. 26 Oct. 1928)
- BABAIANTZ (L.) et KADRINKA (S.) Valeur semeiol. de la stase app. (Journal de Rad. Juin 1934)
- BAUMEL (Jean) : Diagn. Clin. et Rad. des app. Chr. (Archives des Mal. de l'ap. dig. Mai 1926) I vol. Chahine Edit.
Le démembrement de l'app. chron. (Montpellier Med. Avril 1953)
- BAUMEL et Etienne FASSIO : Synd. doul. de la fosse ill. droite, évolution chron. 2 Juillet 1954
- BAUMEL et ROUX : Arch. du Tube Digest. N° 9, Novembre 1932
- BECLERE (A.) Une radiog. de l'app. (Bull. Soc. Rad. Med. de Paris 1909)

BECLERE et MERIEL : Explorat. rad. dans les affections de l'est.
et de l'intest. (Congrès Franç. de chirur. 1912)

BECLERE (H.) et PORCHER (P.) : Le diagn. rad. de la diverticulose
côlique (Journal de Radio. t. XIV, 1930)

BEJUL-HOLST : Radiodiagn. de l'app. chr. (Presse Med., Mars 1935)

BENSAUDE (R.) : Les maladies de l'intestin (vol. I et II Masson
et Cie 1930 - 1932)

BENSAUDE et GUENAUD : Recherches rad. sur les mouvements du gros
intest. (Arch. Mal. app. digest. et nutr. 1919-1920)

BERARD et VIGNARD : L'appendicite : Etude clin. et crit. (Masson
1914)
A propos de cert. formes d'app. chr. (Presse Med. 22-5-35)

BERGERET et CAROLI : App. et colite (Revue Med. Franç. Nov. 1935)

BINET et DUBOIS : Rôle de l'app. Iléo-caec. Presse Med. Aout 1921)

BOLOGNESI : Contribution à la patho. de la péricol. Membr. (Archi. du
tube digest. N° 10)
App. chron. d'emblée (Journal Med. Lille Oct. 1934)

BOLTANSKI (Ed.) une cause d'erreur dans le diagn. de l'app. chr.
l'illio-aqualgie dr. (L'Hopital, Oct. 1934)

BONNIN (R.) formes gastral. de l'app. chron. (Thèse, Paris 1930)

BOURGEOIS : A propos d'app. chr. (Presse Med. 10 Dec. 1932)

BOUTTIER et STIEFFEL : Fréquence de l'appendicectomie dans les
côlites droites (Congrès des colites. Plombières Sept. 1935)

BRELET (J.) : Gazette des Hopitaux, N° 14, 20 Mai 1954

BRODIN et Mme TEDESCO : Les spasmes duodénaux dans l'app. chr.
et les inflammations du colon dr. (Soc. de gastro-ent. de
Paris. Juin 1934)

Les réactions de la vésicule bil. dans l'app. chr. et
les infl. du col. dr. (Soc. Med. des Hopit. - Juil. 1936)

BRODIN : App. chr. (Archives des maladies de App. Digest. Nov. 1951)

BRUGE MAC LEAN: Refloxe gastro-iléal dans l'app. chr. (British Med.
Journal Dec. 1932)

BRULE : (Marcel) : Sur le diagn. de l'app. chr. (Presse Med. 12
Nov. 1924)

- BURDEN : App. chr. et ulcère du duod. (The American Jour. of Surgery Août 1933)
- BURNEY (Mac) : Of appendicitis (N-Y Med. Journ. 21 Dec. 1889)
- CADENAT : Vraies et fausses app. diagn. Clin., rad. et opérat. (Concours Med. 1926)
- CAMBIES : Nouveau procédé d'expl. rad. de l'app. (Presse Med. N° 13 1926)
Anomalies de position du caecum (Bullt.Soc.Med.Paris,p.238)
Essai de classification des appendicopathies chr.(Med. International. Mai 1933 et Umfia, Juin 1933)
- CARNOT, BENARD, RACHET, DUMONT, BOLTANSKI : Maladies de l'Intestin. Ed. Baillière.Paris.1933
- CARNOT et GAETHLINGER : Patho.Digest. : Appendice (Paris Med. Avril 1928)
- CARRIE : Le diagn. radio. de l'app. chr. (Revue critique de Patho. Mai 1931)
- CARTER (J.) Patho. du segment sup.dr. de l'abdomen. Valeur des signes rad. Controlés par l'interv. dans 104 cas (Radiolog.III spt. 1924)
- CASTAIGNE, GOIFFON, MOUTIER, AUBOURG : Les Maladies des Intest. Semciol. et therap. Générales (Le livre du Médecin, I vol.)
- GAZIN et GROS : De la leucocytose dans l'app. (Semaine Med. Mai 1903)
- CERF (M.) : L'app. chr. d'emblée (Bruxelles Med. Nov. 1934)
- CHERIGIE : Technique pour l'ex. de l'intest. Grêle.
- CHILDE : App. et affect. qui en compliquent le diagn.(Radiology IV Février 1925)
- CHIRAY (M.) et BOSQUET (A.) : Physiol. Rad. de la valvule iléo-coecale (Presse Med. 21 Dec. 1935)
- CHIRAY (M.), LARDENNOIS (G.) et BAUMANN (J.) : Les colites Chr. Masson et C° ed. 1930)
- CHIRAY (M.) - MOLLARD (H.) et MASCHAS (H.) : Syndrômes digestifs et Patho. neuro-hormonale (Lib. Maloine - 1944)
- CHOSTENET, DE GEPY, DAREAU et PIECHON : La forme diarrh. de l'app. chr. (Revue Med. Française, Nov. 1933)
- CHOUSSAT et Mme CHOUSSAT-CLAUSSE : Bull. Soc. Radio. Fev. 1937)

- COLANERI (L-Jh): La position de choix pour le radio-diagn. de l'app. et du colon dr. (Soc. Rad. Med. de France, 8 Fvr. 1927)
- Spasmes caecaux, retard iléal et app. Chr. (Id. Mai 1931)
- Les positions de choix dans l'expl. du colon après lav. Opaque (Journal Rad. et d'Elect. Juin 1934)
- La radiologie d'urgence dans les syndr. abd. aigus (append. Comprise) - Journal belge de Rad. (fascicule 150-1937)
- COMBE : Traité de l'entérite muco-membr. Paris 1919
- COMBY (J.) : Formes frustes, prolongées, chr. de l'app. (Bull. Soc. Med. Hop. Paris - 27 nov. 1903)
- CONNEL: La "soi-disant" app. chr. (Med. Record New-York-5 fvr. 1921)
- COQUELET (Od.) : A propos du diagn. d'app. chro. (Les cahiers de Gastro-Entero. N° 9-Juin 1934)
- COSTEDOAT (M.) : Une cause de fièvre intermittente de très longue durée : l'app. chr. d'emblée avec épiploïte (Soc. Med. Hop. Paris - 3 Févr. 1933)
- COTTE: A propos de la péricolite membr. (Lyon chir. 1912)
- COTTENOT : Radio-diagn. des affect. du tube digest. (Radiologie et Radium-thérapie-Beclère-Cottenot et Laborde-Maloine 1921)
- COTTENOT, CHERIGIE, LE SAUCE et MEYER-OULIF : Explor. radiol. du tube digest. au moyen de sels de thorium (Bull. Soc. Rad. Med. de France - 1931)
- COULON-VERNET (Mad.) : Contrib. à l'étude clin. de l'app. chr. indolore (Thèse Toulouse 1933-34)
- COURCIERAS : Adhérences pré-caecales d'origine app. (Thèse-Paris 1908)
- CRISTOFANETTI : Sympt. de Stierlin dans l'app. (Rad. Med. - Dec. 1932)
- CUNNINGHAM (Denver) : Stase du colon simulant l'app. chr. (Radiology, V, N° 6, dec. 1925)
- DALSACE : Stase intest., app. chr. et typhlocolite (Bull. Med. Paris 23 et 28 avril 1923)
L'appendiculo-cholécystite chr. (Presse Med. 4 Janvier 1930)
- DAMAS-RICAMIER : Une consultation mod. : l'app. chr. (Maloine. PARIS 1935)
- DANES : Le diagn. de l'app. chr. (Journ. Med. Lille-Mai 1933)
- DELAGENIERE : Contrib. à l'étude de l'app. chr. Ses variétés et ses formes clin. (Arch. Prov. de Chir., XX, p. 689)

- DELANNOY : App. à forme néoplasique (Soc.Med. du Nord--Juill.1935)
- DELBET : La typhlite ptosique et son trait.(Sem.Med.21 nov.1905)
Quelques notions sur l'app. (Progrès Med - Janv. 1922)
- DELL'ACQUA(V.) et VALSECCHI(R.) : Diagn. Rad. de l'app. chr. (Soc. Lomb. di Chir.- 29 Mars 1935)
- DELORE : Tpiploites post-opérat. (Lyon med. Janv. 1912)
- DEMOLLE : Origine des hématémèses (Hemor. dans l'app.chr.) (Thèse Paris 1931)
- DENOYES (Paul) : Appendice et Radiologie - Vigot - 1937
- DESMARETS et DIAMANT-BERGER : Où en est l'app. chr. (Science Med. pratique Mars 1928)
- DESPLATS (R.) : Les aspects rad. de l'app. chr. (Journ. de Med. de Lille - Mai 1933)
- DIKSON : Chronic append. (British Med. Journ. Févr.1934)
- DIEULAFOY : Cliniques med. de l'Hotel-Dieu
Manuel de Path.Int;
Append. et Cholécystite (Presse med. 1903)
Typhlo-colite muco-membr. ou sableuse simulant l'app.
(Acad. de Med. - 29 Mai 1905)
Discussions à l'acad. de Med.(1907-1908)
- DJIAN : Radiol. de l'app. (Thèse. PARIS.1933) Lib. Arnette.
- DONATI : App.chr. d'emblée (Soc.Lomb.di Chir.-1-3-1935)
- DUHAMEL (J.) : Monde Médical Mars-Avril 1952
- DUPUY DE FREMELLE : Le diagn. de l'app.chr. et sa confirm. par la rad. (Gazette Med. de Paris, 1912)
- Le diagn. de l'app.chr. confirmé et précisé par la radio.
(Paris - Chir. 1913)
- Les signes de probabilité et de certit. de l'app.chr.
(Soc.Med. de Paris-29 Mai 1920)
- Vérific. du diagn. de l'app.chr.par la radio.(Journal Med de Paris 2 Août 1926)
- Radic-diagn. de l'app.chr. (Concours Med.Janv.1927)
- Append.,colites et périviscérités(Paris.Maloine.1928)
- Un signe de l'app.chr. (Le Concours Med. Juin 1934)

- DURAND et BINET : App. et Cholélithiaso (Mondo Med. Juin 1922)
- DUVAL : La péricolite memb. (Archives mal. Appareil dig. Mai 1910)
Pathologie du gros intest. (Precis Patho. Chir. Tome III,
Masson 1924)
- EBERT : Contr. à l'étude de la sympt. de l'app. chr. (Thèse
Montpellier 1935)
- ECAILLIER : Formes hépat. de l'app. chr. (Thèse Paris-1925)
- EHRLICH : Zur Roentgenuntersuchung der sog. "App. Chr." (W.M.W.-1926-14)
- EHRMANN : Rapports de l'app. avec l'entérite muco-memb. (Thèse Paris
1904)
- ENRIQUEZ : Sequelles de l'appendicect. (Acad. de Med.-16 Mars 1920)
- ENRIQUEZ et DUPAND : Article "radioscopie" de la Pratique Médico-Chi-
rug.)
- ENRIQUEZ et GUTMANN : Les fausses coxalgies app. (Soc. Med. des Hopit.
Juill. 1913
La sciatique append. (Juin 1923)
- ENRIQUEZ, GUTMANN et ROUVIERE : la vagotonie append. (Id. dec. 1921)
- ESTOR : L'append. chr. (Thèse Montpellier - 1927)
- ETIENNE-BERNARD : Au sujet des suites éloignées de certaines appendi-
cect. pour app. chr. (Soc. des Chir. de Paris -20 Mars 1936)
- FAURE (Jean-Louis) : Causes et fréquence de l'app. chr. (Presse
Med. Juin 1917)
- FIESSINGER et HUTET : Contrib. à l'étude de la traversée colique
sous contrôle radiol. (Arch. Juillet 1933)
- FIGARELLE et de VERNEJOUL : App. à forme tumorale (Soc. de Chir.
de Marseille Janv. 1934)
- FLANDRIN : Ulcère de l'est. et append. (Sté Med. Hopit. de Paris
Mars 1936)
Sequelles de l'app. chr. (Thèse Paris 1922)
-Formes urin. de l'app. (Bull. Med. Fevr. 1934)
- FORGUE : Diagn. de l'app. chr. (Montpellier Med; 1912)
Article "Append. Chronique" (Précis. de Patho. Int. Douin
1922)
- FRAIN : A propos d'une image radiol. d'app. (Soc. de Med. de Paris
(Mars 1934)

- FRAIKIN : Considérat. radio-cliniques sur l'app.chr. dans ses rapports avec le déséquilibre abd. (Bull.Soc.Franc. Electr. et Rad. avril 1925)
- Accélérat. du transit digest. dans l'app. chr.(Id.1926)
- Les épines irritat. abd. : Le spasme du caecum dans l'app. chr. (Paris Med. 30 Avril 1927)
- Troubles du fonct. pyloro-duod. dans l'app. chr. (Nfonde Med. Avril 1927)
- GALLART, MONES et PINOS : Diagn. de la Apond. chronica (Salvat. Edit. Barcelone - 1933)
- GARCIN : Quelques aspects radiol. de l'app. chr. (Sté Chir. Marseille Juil. 1932)
- GATELLIER (J.) MOUTIER (F.) et PORCHER (P.) : Rad. Clinique du Tube digots. (Masson Edit. 1930)
- GILBERT et BABAIANTZ : La compression dosée dans l'exploration des muq. digestives. Applicat.Clin. (Archives-MAI 1936)
- GILBERT (R.) et KADENKA(S.) : Du rôle de l'imprégnat. colloïdale dans l'exam. radiol. du gros intest. en couche mince (Acta radiol. 15 Mai 1932)
Résultats cliniques de l'explorat. radiol. du relief int. du gros intest. (Journ. Rad. t.VII-1933)
- GIRAUD : Les spasmes duod. dans l'app. chr. et les inflam. du colon dr. (Thèse Paris. 1935)
- GIROU : l'appendicite chronique (Thèse.PARIS.1912)
- GLENARD : App. et entéro-colite (Acad. Med. 20 Avril 1897)
- GODLEWSKI (H.) : Les app. chr. opérées. Résultats éloignés (Synthèse des Assises franco-italiennes. La Med. Génér. Fr.Mai 1936)
- GOSSET (J .) : Cancer du colon dr. (Thèse.Paris.1933.Masson ED.)
- GOURSOLAS : Du radio-diagn. de l'app.chr. (Toulouse Med. Fevr.1936)
- GREGOIRE : Péricolite membr. et app.chr.(Arch.Mala.Tube Dig.Févr.1919)
Dilat.douloureuse du colon dr.et app.chr.(Id.Avril 1920)
Les pseudo-App.chr. (Paris Med.-10 Mai 1920)
La dilat. doulour. du colon dr. (Id. Janvier 1922)
- GUENAUX et VASSELLE : Radio-diagn. de l'app. chr. (Paris Med.Fev.1925)
Aspect lacunaire de la région iléo-caecale dans les péri-colites d'orig.app. (Soc. Franc.El. et Rad.Mars 1925)
Le radio-diagn. de l'app.chr. (Paris-Med.1927)

- GUILLAUME (A.-C.) : Appendicite, colotyphlite et pérityphlite
(Gazette des Hop. Nov. 1922)
Les colotyphlites et le syndr.iL.Dr.(Doin 2d.1924)
Les épisodes aigus, polymorphes, au cours des stases intest.
chr. du colon dr. (Sté gastro-Ent. de Paris 18 Juil.1935)
- GUINARD: Article "Appendicite" (Traité Chirurg. - Le Dentu et Delbet)
- GUTIERREZ : Radiol. Caeco-iléo-append. (Somena Med. Buenos-Aires
Avri. 1925)
- GUTHANN : Formes à surprise de l'append. chron. (Thèse Paris.1914)
L'asthme appendicul. (Presse Med. 3 Nov. 1920)
formes surprises de l'append.chron.(Med.Pratique Dec.1920)
Les syndromes douleur. de la région épigaste.(Doin.Paris
p. 220)
Append. et épilepsie (Presse Med. Juin 1927)
- GUY-LAROCHE, BRODIN et RONNEAUX : Etude critique de l'append. chron.
Importance de l'exam.radiosc. (Prisse Med. Avril 1922)
- HALLER : Epiploites chron. en rapport avec l'append. et la colite
chron. (Thèse Paris 1911)
- HARDOUIN : Cancer de l'append. (Sté de Chirurgie. 14 Mars 1934)
- HARMANN (H.) et BINET (L.) : Le pseudo-myxome d'origine append.
(Annales Gynécol. et Obst. Mars 1918)
- HARNETT et GALSTAIN : Corrélation des données radiol. et opérat. dans
l'append. chron. (The British Med. Joun. 24 Août 1935)
- HAYEM et PARIENTIER : Leucocytose dans l'append. chron. (Soc.Med.
Hop. Dec. 1889)
- HAYEN: A propos du radio-diagn. de l'append.chron. (Le Nord. Med.
Lille Dec. 1928)
- HAYM : L'examen radiol. dans le diagn. del'append. chron. (Thèse
Nancy N° 137. 1920)
- HELD : Append. chron. et son diagn. différent. (The American Jou. of.
Medic. Sciences. Juin 1924)
- HENYER et LEVEUF : App. et syndrome pseudo-append. des dysenteries.
(Arch.Malad. App.Digest. et de la Nutrit. Fév.1920)
- HERLYN : l'examen radiol. de l'append. Résultats de 304 examens et de
154 opérat.(Dor Chirurg. an V.I(Mars 1933)
- HUET : La colite segment., signe indirect. d'append.chron. (Journ.
Med. de France Mars 1930)

- HUGUENIN (R.) : Essai sur la place biolog. et clin. de l'append. chron. (Journal Med. de France. Juin 1936)
- HUGUIER : Etude critique de l'append. chron. (Journ. des Pratic. Janv. 1925)
- JACQUET (P.) : De quelques faits concernant l'append. chron. (Questions clin. d'actual. Masson Paris 1932)
La crise entéralgique et l'append. chron. à forme entéralgique (Presse Med. II avr. 1934)
- JACQUET (P.) et GALLY : Signes radiol. de l'append. chron. (Congrès des colites. Sept. 1935)
- L'examen radiol. du carrefour inf. et le radio-diagn. de l'appen. chron. (Arch. D'Elect. Med. et de Physiothérap. du Cancer Dec. 1930)
- Le diagn. radiol. de l'append. chron. (Sté Med. Hop. Paris Janv. 1931)
- Le carrefour inf. dans l'append. et le diagn. radiol. indirect de l'append. chron. (Paris Med. 5 Avril 1931)
- JACQUET, GALLY et POREAUX : Le retard du transit iléo-cæcal et l'hypertonie segm. du cæco asc. dans leurs rapports avec l'append. (Presse Med. 15 Fev. 1930)
- JALAGUIER : Article "Appendicite" (Traité de Chir. 2ème Ed. Paris 1898)
- JOULIA : Radiol. des périviscérités. (Jour. Med. Franç. Fév. 1926)
- KADRKA et SARASIN : De l'ex. rad. du carrefour inf. au cours de l'append. chron. ex. en couche mince (Sté radiol. Med. de France Juil. 1931)
- Un procédé rapide d'explor. rad. de l'append. (Presse Med. N° 50 Juin 1932)
- KLUM : Sur l'append. chron. sans crises (Arch. Malad. App. Digest. tome I)
- KREIS : A propos du diagn. de l'app. chr. chez la femme. (La gynécologie. Paris Mai 1925)
- KRUCHEN : App. chr. du point de vue radiol. (Fortsch. A. D. Geb. d. Röntg. Août 1932)
- KUTTNER : Sur le diagn. et le trait. de l'append. chron. (Med. Klinik., Berlin 20 Avril 1924)
- LABBE (Marcel) : Article "Appendicite" (Traité de path. Med. Masson 1922)
- LAGUIERE : Relation du rein droit et de l'append. (Thèse Paris 1924)

- LAMARQUE (P.): Le diagn.radiol. dans l'append. chron. (Montpellier Mod. 15 Mars 1932)
- LANGLADE : Le syndrome rad. indirect de l'append. chron. (Thèse Paris 1933)
- LARDENNOIS : Les ptoses du caecum : (Presse Med. 4 juin 1930)
- LAROCHE : Les formes urinaires de l'append. chron. (Paris Med.Avril 1924)
- LAROCHE (G.), BIODIN (P.) et RONNEAUX (G.) : Etude critique de l'append. chron. (Presse Med. 8 Avril 1922 et N° 14 - 1931)
- A propos du diagn. rad. de l'app. chr.(Bulletin Sté Mod. Hop. Paris Fev. 1931)
- LARRU : Radiodiagn. de l'app. chr. (Mod.Ibera. 24 Janv.1931)
- LEDoux-LEBARD : La Radiologie du Praticien. Appareil Digest.Masson 1923
- L'etude radiol. de l'app.(Bull.Sté Radiol.Med.Fr.Juil.1923)
- Le radiodiagn. des affect. organ. du gros intestin (Jour. Rad. et Electr. 1925 t. IX)
- Manuel de Radiodiagnostic Clinique (Paris Masson 1933)
-
- LEJARS : Typhlite et pérityphlite (Semaine Med. 1911 p. 217)
Coudure iléale et péricolite memb.(Id.6 Dec.1911)
- Typhlite (Id. 9 Mai 1916)
- Explor. Clin. et Diagn. Chir.(Masson Ed.1923,p.235 à 245)
- LENORMANT : La péricolite membran. (Presse Med. 8 Mars 1913)
- LYON : Le diagn. de l'app. chr. (Bull. Med. de Paris Oct. 1925)
- MAINGOT (G.), SARASIN (R.) et DUCLOS (H.) : L'aspect rad. de la Muq. intest. dans la tubercul. colique (Presse Med. 23 Juin 1934)
- Bases rad. actuel. du diagn. des sigmoidites (Arch.Mal. app. digest. Fev. 1935)
- Explorat. rad. des colons et de l'app. au moyen de solutions floculantes (Masson 1935)
- MARTEL (de) et ANTOINE : Les fausses appendicites (Masson ed. 1922)
- Importance de l'exan. du sang, fait en série chez les malades atteints d'app. (Arch.Maladies app.dig.t.XVI 1924)
- MASSON : (J.) : La supériorité des images en relief dans l'expl. rad. du colon (Presse Med. Janvier 1936)
- MERRIL : Etude de 5.000 ex. du tube dig.(Américan Jour.Of.Röntg. XIV, N° IV Oct. 1925)
- METTENLEITER : Signe diagn. de l'app. chr. (The ameri.JourN.of. Surgery Juil. 1932)

- MOUTIER et RUDLER : Mucocéle de l'app. (Sté de Gastro-Ent.de Paris
12 Nov. 1935)
- NABIAS (S.de) : Rapports des app. chr. avec les colites chr.
(Jour. Med. Franc. Juin 1936)
- ORTNER : Le diagn. diff. de l'app. (Wien.Med.Woch.N° 6 et 7. 1921)
- PAISSEAU et VALLERY-RADOT : Le tube digest. (Maloine-Paris 1933)
- PAUCHET (V.) La stase intest. chr. (Gazette des Hop. Mars 1919 et
Précis de Patho.Chir.)
- Les fausses eppard. (Bull. Sté Med. de Paris Dec. 1920)
- PASTEUR-VALLERY-RADOT : Sté Med. des Hop. 1er Juill. 1932)
- PIOT : Bull. Sté de Radio. Oct. 1934
- PIOT et PICARDA : Contr. rad. au diagn. de l'append. et de la pé-
rivicérinite iléo-caecale (Presse Med. 7 Nov. 1931)
- PODESTA : La valeur de l'ex. rad. de l'append. (Radiol.Med.Fev.1928)
- POIROT (M.) Les sequelles d'appendicectomie (Bull.Sté Rad.Med.Janv.
1934
- Sequelles d'appendicectomie et dolichocôlon (id.Oct.1934)
- Diagnostic de l'amibiase chronique (Id.Janv.1938)
- Sequelles d'appendicectomie : affections iléo-caecales
(Id. Mars. 1939)
- Sequelles d'appendicectomie : périviscéritites inf.
(Id. Juil. 1939)
- Quelques cas d'interposition hépato-diaphragm. du colon
(Sté de Radio Bull. Juill. 1939)
- Sequelles d'appendicectomie et colites (Congrès des
Colites de Plombières II Sept. 1935)
- La dysenterie amibienne aux armées (Presse Med. N° 42
43. 2-II Mai 1940)
- Un signe rad. d'app; chr. Spasme colique par pression
sur l'app. (Jour. Rad. et Electr. N° II-12-1950)
- PORCHER : Le diagn. de l'app. est-il d'ordre radiol. (Paris-Med.
6 Fév. 1923)
- POWERS : Lésions inflam. rares de la région iléo-caec. (Ann.of.Surg.
Février 1936)
- RAMOND et PARTURIER : Cholécystite et app.chr.(Presse Med.Juin 1926)
- RAVINA et BONNEAUX : Calcul du cyst.,app.chr. troubles fonct.(Sté
fr. d'Elect. et de Rad. - 28 avr. 1925)
- RAMOND et RAVINA : Comment reconnaître une app.chr.? (Journ.Med.Franc.
Avril 1924)

- RECLUS : Enterocolite et App. (Acad. de Med. 16 et 30 Mars 1897)
- REMLINGER (M.-P.) Sur le diagn. de l'app. chr. d'emblée (Maroc Med. 15 Mars 1932)
- RIOU : Résultats tardifs de l'appendicectomie (Thèse Paris 1902)
- ROUX (Joh.) : Adhérences péricæcales et péricol. (Mathieu et Roux Path. Gastro-intest. 3^e Série)
- ROUYER : Contribut. à l' étude des formes urin. de l'app. chr. (Thèse Paris 1934)
- RUDLER : Colon droit. Append. Chron. (Encyclopédie Med. Chirurg.)
- RUHBAUM-SIEGMUND : Diagn. de l'app. chr. récidiv. (Deutsch.Med. Woch.Nov.1935)
- RUTKOWSKI : Symptomat. de l'app. chr. Deux nouveaux signes (Mondo Med. 1er Fév. 1935)
- SALMON : Au sujet de l'app. chr. (Revue de Med. Avril 1935)
- SARASIN (R.) Quelques avantages de la méthode d'expl. en couche mince du gros intest. (Bull. Sté Med. de Fr. Dec. 1932)
- Les solutions colloïd. dans l'expl. de la Muq. du gros intest. (Journ. de Rad. Fév. 1933)
 - L'examen de la muqueuse permet-il de faire des diagn. impossibles par les autres meth. (Bull. Sté Med. et Rad. Janv. 1934)
- SCHNACK : Con. Appendizittis (Am.J.of. Rad. 5 Mai 1925)
- SIMON (R.) Ce qu'il faut savoir de l'app. chr. (Strasbourg Med. Fév. 36)
- SOUPAULT et JOUAUST (M.) : App. larvées et troubles monst. (Bull. Sté Med. Hop. de Paris 27 Nov. 1921)
- STADLER (H.) : Symptomat. und. Diagn. der Chr. app. (Schweiz Med. Woch. Oct. 1935)
- STIERLIN : Locaecum mobile comme cause de prétendus cas d'app. chr. (Deutsche Zeit. fur. Chir. 4 Sept 1910.)
- STIERLIN et CHADOUL : Diagnostico montg. del tubo digest. (Barcelone)
- TALAMON : Appendicite et pérityphlite (Paris Rueff. 1892)
- TANGUY : Diagn. rad. de l'app. chr. (L'Art Med. 15 Juin 1936)
- THEVENARD (Suites éloignées de certaines appendicectomies pour app. chr. (Bull. et M. de la Sté des Chir. Paris Mai 1936)
- TREMOLIERES et JOULIA : L'examen rad. des app. chr. (Jour. Med. Franç. Avril 1924)
- VIGNES : app. chr. (Jour. des Prat. 27-I-1934)

TABLE DES MATIERES

=====

I° PARTIE

Chapitre Un : Introduction

- A) Historique de l'appendicite chronique
- B) Demembrement des appendicites chroniques
- C) Etat actuel de la question.

Chapitre Deux : Diagnostic différentiel

- A) Diagnostic des affections d'organes éloignés.
- B) Diagnostic des affections d'organes voisins.
- C) Syndrome de la fosse illiaque droite.

2° PARTIE

Le trépied du diagnostic : Diagnostic clinique, radiologique
et hématologique.

Chapitre Trois : Le diagnostic Clinique :

- A) Les étapes du diagnostic
- B) Etude critique des signes cliniques.

Chapitre Quatre : Le diagnostic Radiologique :

- A) Choix de la méthode d'examen radiologique.
- B) Diagnostic Différentiel
- C) Diagnostic radiologique de l'appendicite
 - Classification des signes
 - Tableau synoptique
 - Etude détaillée des divers cas.

Chapitre cinq : L'examen hématologique.

Chapitre Six : Epreuve du traitement.

Chapitre Sept. Conclusions.

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

=====

